



В.А. Жмуров

Психопатология. Часть II

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ СИНДРОМОЛОГИИ

Становление учения о психопатологических синдромах тесно связано с именами S. Schule (1880), Н. Jackson (1884), С. С. Корсакова (1901), А. Е. Щербака (1901) и многих других исследователей. Так, А. Е. Щербак рассматривал синдромы в качестве типовой формы психического реагирования, как реакцию мозга на действие вредности, механизмы которой обусловлены нарушениями в области интернейронных контактов. Заболевание, по мнению автора, проявляется различными сочетаниями симптомокомплексов и определенной последовательностью их смены в ходе его течения. Один и тот же психопатологический синдром при разных психических заболеваниях «получает своеобразный оттенок (нюанс клинической картины)».

Синдром («совместный бег» симптомов)—совокупность симптомов, имеющих общий механизм развития. Сам по себе симптом вне синдрома лишен клинического смысла. Отдельные расстройства психических функций встречаются у большинства здоровых индивидуумов. Патологические явления имеют системный характер и выражаются в форме синдромов. Из синдромов и закономерной последовательности их смены — патокинеза — складывается клиническая картина заболевания в его статике и динамике (Снежневский, 1960; Давыдовский,

1962). От «синдрома» следует отличать понятие «симптомокомплекс». Под симптомокомплексом чаще понимают совокупность симптомов, свойственных данному заболеванию. В другой интерпретации симптомокомплекс — это сумма всех нарушений, выявляющихся у пациента на момент исследования.

Развитие учения о синдромах опирается на представление о существовании разных уровней психической деятельности, истоки которого берут начало в древности.

Лукреций разграничил душу (anima) и дух (animis), то есть «жизненность» и «психичность» организма. Предвосхитив биогенетический закон, Аристотель говорил о четырех функциях души: питательной или вегетативной, специфической для растений; чувствующей и двигающей, типичных для животных; разумной, свойственной человеку. Неразвитую душу ребенка он сопоставлял с сенсомоторной душой животных. Идеально-умственную часть души Платон помещал в голове (ближе к небесам, к царству идей), «гневливую» (мужество)—в груди, а чувственную (вожделение) — в брюшной полости. Платону принадлежит миф о вознице на колеснице, в которую впряжены два коня. Один — дикий и некрасивый, а другой — благородный и поддающийся управлению. Возница символизировал рациональную часть души, а кони — две иррациональные ее части, низшую и высшую. Миф в точности воскрешен психоанализом, где личность представляется состоящей из рационального «Я» и иррациональных «Оно» и «Сверх-Я». В современной психологии возобладали подход к личности как иерархической системе, интегрирующей в динамичное целое биологические, психические, социальные и духовные качества человека. Психопатология мало выиграет, если останется в стороне от современной психологии личности, игнорируя в человеке собственно человеческие его качества.

Значительное влияние на формирование учения о синдромах оказала концепция эволюции и диссолюции психической деятельности выдающегося шотландского невропатолога Джексона (1884). Основные положения ее таковы:

— психическая деятельность осуществляется иерархически расположенными уровнями или центрами, причем деятельность низших центров регулируется высшими;

— при повреждении или временном выключении высших уровней деятельность нижележащих не прекращается;

— следствием и клиническим выражением выпадения функций высших центров является негативная симптоматика, продуктивные симптомы возникают в результате высвобождения активности нижележащих центров и не находятся в непосредственной причинной связи с болезнью;

— клиническая картина возникающих психических расстройств определяется также различиями в темпе, в котором происходит дезинтеграция (диссолюция) психической деятельности;

— неврологические расстройства вызваны более локальной диссолюцией, а психические — глобальной, равномерной, «униформной».

Различают продуктивные (позитивные) и негативные (дефицитарные) психопатологические синдромы. Примерами первых могут служить аффективные, бредовые, галлюцинаторные, кататонические синдромы, вторых — амнестические, деменции, психоорганические, апатоабулический. Продуктивные психопатологические синдромы — более динамичные образования, они чаще всего указывают на активное течение болезненного процесса, и, как считается, относительно менее специфичны для того или иного заболевания, чем дефицитарные симптомокомплексы. В действительности же и те и другие расстройства внутренне взаимосвязаны и выступают в единстве, что определяет клинические особенности заболевания как в его «поперечном разрезе», так и в динамике, «в длиннике».

Как указывает В. В. Ковалев (1979), наряду с продуктивными и негативными психопатологическими синдромами, обусловленными механизмами возбуждения и выпадения деятельности относительно зрелых церебральных структур, существуют также продуктивные и негативные дизонтогенетические симптомокомплексы, наблюдающиеся при психических нарушениях в детском и подростковом возрасте. В основе первых лежат явления «дисфункции созревания», выражающиеся длительной фиксацией преходящих способов нервно-психического реагирования, свойственных тому или иному этапу постнатального онтогенеза. Это некоторые виды страхов, патологическое фантазирование, явления дисморфофобии, сверхценные расстройства, эхоталлия, эхопраксия и подобные психические нарушения. Негативные дизонтогенетические симптомы возникают вследствие задержки или искажения развития нервно-психических функций. К ним относятся отставание умственного

развития, синдромы невропатии, психического инфантилизма, детского аутизма и ряд других расстройств.

Продуктивные и дефицитарные психические нарушения выявляются как в процессуальной стадии болезни, так и по ее завершении. Из этого следует, что понятия «продуктивный» и «процессуальный», и соответственно «дефицитарный» и «дефектный», нетождественны. Для процессуальной, характеризующей активное течение болезни симптоматики, свойственна определенная динамика, закономерная смена одних психопатологических явлений другими, постепенное нарастание негативных расстройств. Исключая формирующиеся при этом явления дефекта, указанная симптоматика в значительной степени обратима. Постпроцессуальные нарушения — явления собственно психического дефекта (как негативные, так и продуктивные симптомы) — более устойчивы, стабильны, возможность их обратного развития менее очевидна. Но то, что в логическом плане различается, на практике весьма часто ставит серьезные проблемы. Диагностика психического дефекта наталкивается на серьезные препятствия, так как достоверных клинических критериев его нет. Поэтому случается, что установленный психический дефект позднее таковым не оказывается, либо степень его, как потом выясняется, была преувеличенной.

Предпринимались попытки разграничить психопатологические синдромы по их этиологической принадлежности: эндогенные, экзогенно-органические, эндоформные, переходные синдромы. Разрабатывая учение об экзогенном типе реакции, К. Bonhoeffer (1907) выделил пять видов неспецифической реакции мозга на разнообразные экзогенные вредности: оглушение, делирий, аменцию, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение) и острый галлюциноз. Позднее автор включил сюда также маниоформные, депрессивные, кататоноформные и параноидные синдромы, и, кроме того, эмоционально-гиперестетический синдром. Дальнейшие исследования показали относительность разграничения эндогенных и экзогенных синдромов, что можно видеть на примере переходных (Wieck, 1956) синдромов. Переходными называют психопатологические синдромы, встречающиеся при затяжных или поздних (Снежневский, 1940) симптоматических, то есть соматогенных и интоксикационных психозах. Чаще всего наблюдаются затяжные депрессивные состояния, депрессивно-бредовые и галлюцинаторно-параноидные состояния, апатический ступор, маниакальные состояния, псевдопаралитический и транзиторный корсаковский синдром. Синдромы «аффективного регистра»

рассматриваются как обратимые, синдромы «органические» — прогностически неблагоприятные. Возможность развития эндоформных синдромов (сходных с проявлениями эндогенных заболеваний) при симптоматических психозах подтверждает справедливость вывода о том, что клиническая специфика заболевания состоит не в статике, но прежде всего в закономерной последовательности смены одних психопатологических синдромов другими (Снежневский, 1940, 1960; Conrad, 1960).

С учением об уровнях строения психической деятельности связаны представления о «регистрах» психических расстройств, отражающих глубину поражения головного мозга (Краепелин, 1920). Регистр в контексте обсуждаемой проблемы — это ограниченный известными пределами объем психического поражения. В самом широком плане могут быть разграничены два регистра психического поражения: психотический и непсихотический. Традиционно клиническая психиатрия была ориентирована на изучение психотических нарушений. Печать этих традиций и теперь лежит «а многих публикациях, учебных программах, в психологии врача-психиатра. Тем не менее в последние несколько десятков лет происходит поворот к изучению неглубоких, непсихотических расстройств, идеология «старой» психиатрии теряет кредит общественного доверия, что, конечно же, не означает, будто предмет ее изучен или утратил значение.

Критерии, по которым психическое расстройство Идентифицируется с психотическим, таковы:

— коренное, радикальное искажение картины реального мира в сознании пациента. Это обусловлено глубокой депрессией, бредом, галлюцинациями и другими глубокими нарушениями психической деятельности;

— тяжелые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности и здоровыми тенденциями собственной личности;

— непонимание пациентом факта собственного психического расстройства или, иными словами, отсутствие критического отношения к заболеванию — анозогнозия.

Психотическое состояние является основанием для госпитализации в психиатрический стационар. Поведение пациента, опасное для окружающих и для него самого (агрессия, очевидная ее возможность, аутоагрессия), служит безусловным показанием для принудительного

помещения в стационар. Больные этого рода нуждаются в интенсивной терапии с преимущественной направленностью последней на биологические методы лечения. Факт психического заболевания не вызывает обычно сомнений у окружающих, включая близких пациента. Среди психиатрических пациентов удельный вес психотических больных сравнительно невысок. Даже с учетом состояний выраженного слабоумия (деменция, тяжелые степени олигофрении) он не превышает, по-видимому, 15—20 %.

Критериями непсихотического регистра психического поражения являются:

- сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности. Искажения общей картины мира и отдельных сторон жизни возможны и здесь, но они до известной степени доступны коррекции прошлым и настоящим опытом;
- адекватное в целом социальное поведение, базирующееся на учете реальных отношений и доминировании неболезненных тенденций личности;
- Полное или, во всяком случае, отчетливое понимание пациентом факта имеющих у него психических отклонений, осознанное стремление к их преодолению и компенсации.

Лечение данной, наиболее многочисленной категории больных связано с рядом проблем. Одно из них — наличие соответствующей инфраструктуры лечебных учреждений. Несомненно, более адекватным было бы наблюдение и лечение непсихотических пациентов в общесоматической сети. В терапии больных весьма важное, а часто и основное значение приобретает психотерапия. Требуется существенная коррекция психологических установок врача-психиатра, его образования, методов подготовки в вузе. Не отклоняясь от клинических традиций, врач должен быть теперь психотерапевтом и психологом.

В психопатологии существует лишенное четкого определения, но тем не менее практически, полезное понятие об уровнях поражения психической деятельности (нервно-психического реагирования — этим выражением подчеркивается биологический оттенок в понимании патологии). Речь идет о попытках определить последовательность дискретных единиц, отражающую переход одного болезненного состояния к другому, иному в качественном отношении. В анализе продуктивной

симптоматики А. В. Снежневский (1983) различает девять таких уровней: астении с явлениями гиперестезии, аффективных расстройств, невротических нарушений, паранойяльных и вербально-галлюцинаторных явлений, кататонических, парафренных и галлюцинаторно-параноидных состояний, помрачения сознания, парамнезии, судорожных проявлений и психоорганических расстройств. При этом предполагается, что каждому из упомянутых уровней нервно-психического реагирования свойственны от одного до нескольких более локальных клинических субъединиц или собственно психопатологических синдромов. Например, на аффективном уровне это будут депрессивный и маниакальный синдромы, примерно эквивалентные друг другу, если иметь в виду глубину поражения. Шкала расстройств отражает отношения иерархии между ними — нами они перечислены в порядке возрастания их тяжести.

Приведенная шкала уровней психического поражения оставляет без ответа ряд вопросов:

- 1) в ней нет места для целого ряда весьма частых нарушений, таких, как патология сна, общей чувствительности, влечений, вегетативной регуляции;
- 2) возникают сомнения относительно правомерности включения психоорганических расстройств (большей частью относящихся к симптомам выпадения) в систему продуктивных нарушений;
- 3) не столь очевидна причина выделения парамнезии в отдельную рубрику — в руководстве по психиатрии, откуда заимствована упомянутая шкала расстройств, парамнезии («уже виденное», «уже пережитое») сближаются с явлениями дереализации и, следовательно, для них уже есть в этой шкале место — это уровень невротического реагирования. Между тем в указанной шкале расстройств парамнезии локализуются между припадками и помрачением сознания, а это — их оценка как весьма глубоких, более тяжелых, чем, скажем, делирий;
- 4) аффективный уровень рассматривается как менее глубокий в сравнении с невротическим. Однако, известно, что аффективные нарушения могут приобретать психотический характер, а это — иной, психотический регистр поражения. Кроме того, в отношении невротических нарушений допускается, похоже, подмена понятий Невротические расстройства — это прежде всего выражение патологической личностной динамики, а не

СИМПТОМЫ

первичного, биологического повреждения. Невротические расстройства, вероятно, следует локализовать в ином измерении, нежели тот, что принят за основу построения шкалы;

5) ипохондрия, деперсонализация, дисморфофобия, то есть невротические, по схеме, нарушения в действительности таковыми часто не оказываются. Например, ипохондрия может быть бредовой, деперсонализация — галлюцинаторной, а дисморфофобия — навязчивой, сверхценной и бредовой. Относить эти расстройства к невротическим можно лишь с известными оговорками;

6) вызывает сомнение включение разных эпилептических пароксизмов в одну группу припадков, так как они различаются по тяжести. Отождествлять в этом смысле тонико-клонический припадок с пароксизмом снохождения или дисфории, пожалуй, не следует, не нарушая принципов клинико-патогенетического построения шкалы. Острым или хроническим, к примеру, является галлюциноз, это мало меняет существо дела, но, если из двух припадков один является генерализованным, а другой — фокальным и протекает с галлюцинациями, то тяжесть последнего, вероятно, отличается от первого.

Некоторые из отмеченных противоречий могли бы устранить следующие поправки:

1) в качестве самостоятельного целесообразно выделить витальный или психосоматический уровень нервно-психического реагирования, разграничив в его рамках следующие психопатологические синдромы: психовегетативный, астенический, диссомнический, патологии влечений, нарушений общей чувствительности (сенестопатический или сенесто-коэстетический). Известно, что указанные нарушения первыми возникают в начале болезни, а в ходе ремиссии исчезают последними. Нередко эти нарушения выражены неравномерно, иногда — независимо друг от друга. Важно, что они характеризуют не только ранние этапы развития психических заболеваний, они обычны и при соматических заболеваниях (соматопсихические расстройства);

2) дифференцировать аффективные синдромы непсихотического регистра на соматизированные (эквивалентные синдромам психосоматического уровня реагирования), циклотимические (не достигающие психотического уровня), атипичные (эквивалентные по

тяжести синдромам невротического уровня) и психотические;

3) разделить паранезии на невротические и психотические;

4) оставить в рубрике шкалы «припадки» генерализованные, а также сложные фокальные припадки. Фокальные эпилептические припадки с психопатологической симптоматикой можно было бы соотнести с теми рубриками шкалы, которые соответствуют клинической структуре пароксизмов. Например, пароксизмы с депрессией — на аффективный, с деперсонализацией — на невротический, с онейроидом — к помрачению сознания и. т. д. Это важно и потому, чтобы разграничить понятия «судорожный синдром» и «эпилептический синдром» — очевидно, что они не идентичны;

5) исключить из шкалы продуктивных расстройств уровень психоорганических расстройств, так как последние включают, в основном, симптомы выпадения психических функций.

Существуют другие представления об иерархии психопатологических состояний. Так, А. Еу (1975) предлагает следующую шкалу расстройств; невротические, паранойяльные, онейроидные, дизестетические, маниакально-меланхолические, спутанности и ступора, шизофренические, состояния деменции. Общепринятых подходов к ранжированию симптоматики, к сожалению, нет и различия в решении этой проблемы слишком значительны, чтобы делать какие-то обобщения.

В концептуальном плане (не в композиции) за основу настоящей работы принята следующая шкала тяжести психических расстройств: базисные синдромы или синдромы витального уровня — непсихотические аффективные синдромы — невротические (псевдоневротические) синдромы — паранойяльный синдром, синдром вербального галлюциноза, синдромы бредовой депрессии и мании, дисморфомания, бредовая деперсонализация — параноидный, галлюцинаторно-параноидный, парафренный и кататонический синдромы, другие галлюцинозы и соответствующие им по тяжести аффективные и деперсонализационные синдромы — синдромы помрачения сознания — генерализованные припадки.

Не более ясной является ситуация с дефицитарными

психопатологическими синдромами. А. В. (Снежневский,. исходя из идеи единства продуктивных и негативных психопатологических синдромов, предлагает следующую шкалу последних: истощаемость психической деятельности — субъективно осознаваемая измененность «Я» объективно определяемая измененность личности — дисгармония личности — снижение энергетического потенциала — снижение уровня личности — регресс личности — амнестические расстройства — тотальное слабоумие — психический маразм. Данная схема, безусловно, отражает реальности клиники, но оставляет некоторые вопросы открытыми. Остается нераскрытым и тезис о единстве продуктивных и негативных расстройств, так как гипотеза Джексона не объясняет природы разных отношений между ними.

Понимание негативных расстройств в данной работе основано на идеях А. В. Снежневского. Выскажем вместе с тем некоторые предположения, которые в тексте не нашли прямого выражения.

1. Существует две относительно независимые линии развития негативных расстройств:

— проявляющиеся с самого начала болезни (расстройства) тотальными изменениями личности. Шкала последних может быть такой: астеническое снижение уровня функционирования личности — акцентуация и психопатизация личности, включая разные формы патологического ее развития — диссоциация личности, в частности, феномен множественной личности — регрессия личности, например, вторичный инфантилизм — парциальная, а затем тотальная деменция — психический маразм;

— начинающиеся с изменения отдельных психических функций (внимания, памяти и др.) и до какого-то момента прогрессирующих без изменения личности в целом. После этого обе линии расстройств личности «сливаются». Механизмы личностной интеграции продолжают нередко функционировать даже при значительных локальных нарушениях.

2. Существуют дефицитарные расстройства, по крайней мере, двух типов:

— не сопровождающиеся продуктивными нарушениями;

— развивающиеся в единстве с продуктивными

нарушениями, согласно концепции Джексона.

3. Продуктивные расстройства также могут быть двоякого типа:

— связанные с первичным поражением психических функций (например, острые психозы);

— обусловленные регрессией личности и высвобождением неконтролируемой активности нижележащих структур (например, вторичная кататония).

ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ

Психопатология.

Часть II

В.А. Жмуров

2.1. Астенический синдром

Характерны упадок сил, ощущение переутомления, чрезмерная истощаемость, повышение, а затем снижение нервно-психической возбудимости, ослабление внимания, неустойчивое настроение, общее снижение психической активности.

Астения, в отличие от физиологической усталости, носит витальный характер. Она постоянна, непосредственно не связана с перенапряжением, не исчезает даже после продолжительного отдыха. Значительно, порой до полного бессилия выражена общая слабость. Астенические состояния могут возникать и в виде приступов, когда пациенты, по их словам, не в состоянии «двигаться», «открыть рот», «раскусить таблетку» или «поднять руку». Чувство усталости нарастает во второй половине дня, но оно может быть выражено с утра или в другое, иногда определенное время суток. Многие астеничные пациенты отмечают рост усталости к концу рабочей недели, перед отпуском, обычно в весенние месяцы.

Снижение порога нервно-психической возбудимости выражается симптомами сенсорной гиперестезии (обостренного восприятия оптических, акустических, других внешних раздражителей), повышенной чувствительности к проприо- и интероцептивным раздражителям (головные боли, тяжесть в голове, ломота, давление в различных частях тела и др.). Обостренно воспринимается чувство голода — субъективно повышенный аппетит пропадает после приема малых количеств пищи, быстро наступает насыщение. Возрастает половая возбудимость. Сексуальное влечение нередко возникает в самых неподходящих ситуациях, например, в автобусе, в толпе, при случайных касаниях с неизвестными людьми, под влиянием воспоминаний.

Половая функция между тем нарушается — особенно часто наблюдается преждевременная эякуляция. Аналогичным образом нарушается работоспособность — пациенты работают неровно, «скачками», быстро загораются и вскоре остывают. Острый по началу интерес к какому-либо делу скоро притупляется, работа, чтение, общение надоедают, хочется смены впечатлений, других занятий.

Больные неспособны к длительному эмоциональному, умственному и физическому напряжению. Самочувствие значительно ухудшается после волнения, даже приятного, в шумной обстановке, в незнакомых, требующих напряжения внимания обстоятельствах, при обилии внешних впечатлений. Иногда усталость резко усиливается после еды. Плохо воспринимаются ситуации ожидания. Например, пациенты не выносят очередей, предпочитают идти пешком, только бы не ждать автобуса, нервничают на рыбалке и вообще крайне нетерпеливы. Предвосхищая волнующие события, теряют к ним интерес, когда они наступают, так как бывают изнурены ожиданием. Характерно усиление симптоматики в связи с перепадами атмосферного давления, «на погоду»: появляются либо нарастают головные боли, усугубляются нарушения сна, вегетативной регуляции, увеличивается слабость, разбитость, ухудшается аппетит, больные становятся более нервными, раздражительными — симптом Пирогова, метеопатия.

Настроение неустойчиво, не в меру повышается от незначительного успеха и резко падает при малейшей неудаче. Свойственное большинству астенизированных пациентов понижение настроения имеет оттенок неудовольствия, капризности, тревожности, неуверенности, нередко сопровождается слезливостью. Обостряется впечатлительность, больные раздражительны, вспыльчивы, однако вспышки аффекта поверхностны, непродолжительны. После этого они чувствуют себя значительно хуже.

Способность к концентрации внимания снижена. Внимание истощаемо, быстро нарастает отвлекаемость. Плохо усваивается прочитанное. Память субъективно снижена, больные часто жалуются на трудности в запоминании и воспроизведении впечатлений. Объективного снижения памяти большей частью не определяется. Из нарушений мышления типичными являются быстрая истощаемость способности к абстрагированию и переход к излишней конкретизации. Отвлекаясь на мелочи, больные упускают нить рассуждений, отклоняются от темы, что ошибочно можно принять за обрыв мысли или расплывчатость мышления. Во время волнения забывают продолжение мысли, путаются, не могут быстро вспомнить хорошо

известные им вещи. Снижается способность к выполнению сложной интеллектуальной работы. Страдает точность формулирования мыслей, высказываниям недостает простоты, краткости и логичности. Пациенты сетуют на обеднение воображения, однообразие мыслей, стандартность решений, осознают, что не могут мобилизовать весь свой интеллектуальный потенциал. Иногда испытывают неодолимое отвращение к умственной деятельности, пресыщенность впечатлениями, отмечают стремление избегать новых впечатлений. Если работа в привычном или интересующем плане еще как-то удастся, то значительно труднее становится делать что-то по необходимости и принуждению.

Среди нарушений сна наиболее часто встречаются затрудненное, позднее засыпание, ночные пробуждения, тревожное ожидание бессонницы, иногда сонливость днем, к вечеру, недостаточный отдых после сна, учащение сновидений.

Степень выраженности астенической симптоматики может быть различной. В самом начале ее развития наблюдаются повышенная утомляемость, раздражительность, бессонница в сочетании с нетерпеливостью, непоседливостью, постоянным, каким-то принудительным стремлением к деятельности, не покидающим даже в благоприятной для отдыха обстановке, — «усталость, не ищущая покоя». Многие пациенты отмечают, что не могут «расслабиться», «во время удержаться» от необдуманных действий и высказываний, ругают себя за болтливость, суетливость, неуместную откровенность. В более выраженных случаях астении повышенная возбудимость дополняется истощаемостью: в равной степени представлены раздражительность, вспыльчивость, порывистость, с одной стороны, и утомляемость, слабость, особенно нарастающая во второй половине дня, — с другой. Усиливается эмоциональная неустойчивость. Это состояние определяется как раздражительная слабость. При тяжелой астении наблюдаются угнетенное настроение, сонливость, вялость, аспонтанность, медлительность, ощущается полное бессилие. Глубокую астению обозначают терминами «гипостенический вариант астенического синдрома», «астенодинамическое состояние».

Клиническая картина астенического синдрома зависит от причин, его вызывающих. Астения после соматических заболеваний проявляется состоянием эмоционально-гиперестетической слабости, при которой повышенная — утомляемость и неустойчивость настроения сочетаются с непереносимостью аффективного напряжения, волнения,

признаками сенсорной гиперестезии. Астеническое состояние травматического генеза выражается раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью, вспыльчивостью, гипнагогическим ментизмом, резкими головными болями, значительными вегетативными нарушениями — астеновегетативный синдром. Астения в начале гипертонической болезни имеет вид «усталости, не ищущей покоя». При церебральном атеросклерозе она проявляется раздражительной слабостью, резкой утомляемостью, подавленным, со слезливостью настроением, большим размахом в колебаниях интенсивности — бывают «хорошие» и «дурные» дни, резко отличающиеся по тому, как в это время пациенты чувствуют себя.

При шизофрении преобладает истощаемость, связанная с интеллектуальным напряжением: физический компонент астении может быть выражен нерезко. Выявляется диссоциация между жалобами на высокую утомляемость и отсутствием признаков истощаемости в объективном статусе. Астения появляется без достаточных поводов и со временем все менее зависит от внешних условий, напряжения в деятельности, резистентна к обычному лечению. Выявляются эмоциональная монотонность, неадекватность реакций, плохая доступность контакту, нарастающая вялость, необычный характер физических ощущений. Особенности невротической астении являются непосредственная причинная связь с длительным психоэмоциональным напряжением, психическими травмами, несколько подавленный, иногда с оттенком агрессии, фон настроения, отчетливые нарушения сна и вегетативной регуляции. Астеническим состояниям в рамках депрессии (астено-депрессивный синдром) свойственна типичная суточная динамика (наибольшая интенсивность в первой половине дня), выраженная адинамия, сонливость, тягостное общее самочувствие, явления ангедонии, а также склонность пациентов винить себя за то, что они «обленились», «распустились», «разболтались», «раскисли», «не могут взять себя в руки». Ощущение немогущности ассоциируется иногда с представлением об «одряхлении», «постарении». Это изменение самовосприятия напоминает деперсонализацию.

В клинической структуре астении процессуального генеза могут быть выявлены отрывочные психопатологические феномены более глубоких уровней поражения: мимолетные беспредметные страхи, чувство «постороннего присутствия», оклики, состояния уже виденного, переживание нереальности происходящего. Подобные явления могут быть прелюдией к любым неожиданностям» в последующем.

Астенические состояния возникают вследствие длительного эмоционального и умственного перенапряжения («фатигационная астения»), связанного иногда с особенностями профессиональной деятельности (например, болезнь менеджеров); наблюдаются и часто доминируют в начальной стадии шизофрении, в клинической структуре органических заболеваний головного мозга, наступают в связи с соматическими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, типичны при неврозах, интоксикациях. Рассматриваются как приспособительная реакция ограничения процессов жизнедеятельности.

2.2. Невротические синдромы

Характеризуются появлением различных функциональных расстройств, не нарушающих правильную оценку реальных событий, своего состояния и поведения. Опишем следующие невротические синдромы: обсессивно-фобический, синдром нервной анорексии, невротической депрессии, ипохондрический синдром, истерический симптомокомплекс, реакции личности на болезнь. Упомянутые невротические явления возникают на фоне разнообразных соматизированных расстройств сна, вегетативной регуляции, самочувствия, аппетита и др.

Обсессивно-фобический (ананкастический) синдром. Он включает разные виды навязчивых расстройств: интеллектуальные навязчивости (обсессии), моторные (компульсии или импульсии) и эмоциональные (фобии, сомнения, опасения). Чаще всего возникает на фоне подавленного настроения, которому соответствует большей частью безрадостное, тревожное, а порой мучительное содержание навязчивостей. Навязчивости могут возникать периодически, если они ассоциированы с фазно-протекающими депрессивными состояниями — атипичная депрессия (точнее — депрессия с навязчивостями). Сравнительно редки случаи сочетания навязчивых расстройств с гипоманическими сдвигами настроения. Содержание навязчивостей при этом меняется на противоположное. Переживание навязчивостей как тягостных, одолевающих и чуждых личности явлений в этом случае притупляется, их содержание становится более оптимистическим.

Синдром нервной анорексии. Ослабление или утрата чувства голода, возникающее в связи с психогенными факторами (нередко в сочетании с явлениями дисморфофобии) после длительного отказа от приема пищи. Наблюдается обычно в подростковом возрасте, чаще у девочек. Встречается также у женщин в зрелом возрасте и даже во второй половине

жизни, хотя описания поздней анорексии ставятся под сомнение. Некоторые авторы (Коркина, 1963; Тищенко, 1971) разграничивают истинную или первичную нервную анорексию, при которой аппетит при заболевании исчезает с самого начала; вторичную, ложную или психогенную анорексию, характеризующуюся сознательным лишением еды с целью похудения. Отказ от пищи может быть и периодическим, иногда перемежается с состояниями нервной булимии. Последнее обстоятельство не имеет отношения к ремиссии — возвращение или усиление аппетита может служить предвестником последующих страхов, тяжелых депрессивных реакций, самоубийства. С нервной анорексией не следует смешивать отказ от пищи по бредовым, галлюцинаторным и суицидальным мотивам, а также утрату пищевой потребности при психозах, депрессии, соматических заболеваниях. Пищевую депривацию с целью достижения эйфории при добровольном голодании, где в отличие от вынужденного, могут возникать гипоманические сдвиги настроения, иногда — психозы, следует рассматривать в контексте отклоняющегося поведения, идентичного в психологическом плане с употреблением алкоголя, наркотиков, перееданием и т. д.

М. В. Коркина (1986) различает четыре этапа в динамике типичного синдрома нервной анорексии:

— появление синдрома дисморфофобии, отличающегося от классического варианта меньшей выраженностью депрессии и сенситивных идей отношения, но особенно выделяющегося интенсивной деятельностью в плане устранения физического недостатка;

— нарушение пищевого поведения в виде активных действий для похудения. Условно этот этап завершается с потерей веса на 20—25 кг и развитием вторичных соматических нарушений, импотенции, потери либидо, аменореи, олигоаменореи. Нервную анорексию диагностируют при падении веса не менее чем на 15—20 %. Похудание помимо собственно голодания достигается также изнурительными физическими упражнениями, искусственной рвотой, систематическим промыванием желудка, использованием слабительных средств, аноректиков, наркотиков, курения. В этом периоде выявляются, кроме того, гиперкомпенсаторные формы поведения (любовь к приготовлению пищи, «закармливание» младших детей), ипохондрия, сосредоточенность на ограничении в еде, страхи восстановления аппетита. Отталкивающий внешний вид, приближающийся к кахексическому, пациентов совершенно не беспокоит, хотя поводов для дисморфофобии теперь

становится куда больше, чем ранее;

— значительное похудание — кахексия. Пациенты теряют 50 % веса и более. На этом этапе доминируют соматоэндокринные нарушения, дистрофические изменения внутренних органов, других систем организма. Характерна анозогнозия. Больные по-прежнему остаются довольны своим внешним видом. На фоне резкой астении могут возникать явления деперсонализации — дереализации. Возможен летальный исход;

— выход из состояния кахексии — период, затягивающийся до двух лет и более. Из-за страха поправиться пациенты обычно препятствуют оказанию им помощи. Прибавка в весе влечет депрессивные реакции и рецидивы дисморфомании, нередко предпринимаются новые, еще более изощренные попытки похудеть.

Нервная анорексия некоторыми авторами рассматривается как самостоятельное заболевание; в качестве синдрома чаще встречается при шизофрении, истерическом неврозе.

Синдром невротической депрессии. Под невротической понимают группу непсихотических депрессий, обусловленных психотравмирующими факторами (внутренние психологические конфликты, межличностные конфликты, потери). Наблюдается снижение настроения с выраженной эмоциональной лабильностью, напряжением и легкой тревожностью часто в сопровождении астении, нарушений сна и аппетита. Способность к положительным эмоциональным реакциям не утрачивается. Пациенты связывают происхождение болезненных явлений с влияниями неблагоприятных внешних обстоятельств. Внутренние конфликты большей частью не осознаются. Как правило, в клинической картине болезни отсутствуют признаки психической и моторной заторможенности, не типичны витальный компонент депрессии, идеи самообвинения, а также свойственные эндогенной депрессии суточные колебания настроения (ухудшения настроения и самочувствия в утренние часы); настроение больных может ухудшаться в разное время, часто к вечеру, что скорее всего связано с утомлением. Отношение к суицидальным мыслям, если таковые, возникают, двойственное. Основные качества личности сохранены, определяется ясное осознание болезни, поведение и взаимоотношения с окружающими грубо не нарушаются. Вместе с тем самовосприятие и оценка внешних событий могут быть искажены действием механизмов психологической защиты (вытеснение, рационализация и др.).

Невротическая депрессия может быть основным проявлением невроза (депрессивного невроза) или возникать на отдельных этапах развития других его форм. Она наблюдается также в начальной стадии невротического развития личности. Клиническая картина в последнем случае несколько отличается от вышеописанной. В переживаниях больных отсутствует отражение психогенной ситуации, нет проекции тоскливого аффекта на будущее. Депрессия приобретает витальный оттенок. Присоединяются ранние ночные пробуждения, а позднее — ухудшение самочувствия и настроения в утренние часы. Наблюдается некоторое снижение активности и инициативы, сужение круга интересов, выраженная слезливость и, наконец, излишняя говорливость (Лакосина, 1968). О невротическом развитии, как полагают, можно говорить по истечении пяти лет от начала невроза. Длительность депрессии в рамках невротического развития составляет несколько лет. В последующем выявляются изменения характера разного типа, то есть выраженный в той или иной степени дефект личности.

Невротическая ипохондрия. По С. С. Корсакову, при ипохондрии пациент ищет у себя болезни, которых у него нет. Античные врачи связывали это состояние с областью подреберья («ипохондрия» — «то, что под хрящом» (грудиной)). В начале XIX в. считалось, что это особое психическое заболевание (Falret, 1822; Dubois, 1840). С начала XX в. ипохондрию стали рассматривать в качестве синдрома, наблюдающегося при различных заболеваниях. Часто ипохондрический синдром встречается при неврозах (неврастении, истерии, неврозе навязчивых состояний); многими авторами допускается существование ипохондрического невроза. Невротической ипохондрии свойственны реактивно, то есть психогенно обусловленные и объективно необоснованные сомнения, опасения и страхи по поводу своего здоровья, некоторые снижения настроения, активная борьба личности с болезнью, четкое выделение и адекватное словесное обозначение больными своих симптомов (Скворцов, 1961; Карвасарский, 1980; Свядош, 1982). Опасения и страхи за здоровье носят навязчивый и психологически понятный характер. Некоторые авторы (Свядош, 1982) считают постоянным признаком ипохондрического невроза наличие психогенно обусловленных простых и элементарных сенестопатических ощущений (алгий). Ипохондрические переживания, связанные с сенестопатиями, обозначаются иногда как «сенсоипохондрия», в отличие от так называемой «идеоипохондрии», при которой первично возникают сверхценные и бредовые идеи ипохондрического содержания (Leonhard, 1959). О систематике ипохондрических

расстройств, принятой в отечественной психиатрии, см. «ипохондрический синдром». Истерический симптомокомплекс. Чрезмерная эмоциональная лабильность с аффектацией и демонстративностью поведения сочетается с драматизацией имеющихся болезненных явлений, повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, склонностью к фантазированию. Наблюдаются многочисленные расстройства двигательных, сенсорных и телесных функций, часто имитативные и соответствующие упрощенным представлениям об анатомии и функции органов. Таковы, например, конверсионные, возникающие по механизмам психосоматического переключения внутренних конфликтов, расстройства. В психоанализе такие симптомы расцениваются, как символический язык органов. Имеются в виду параличи, парезы, гипо- и анестезии, амавроз, явления аналгезии, истерический сурдомутизм, расстройства равновесия, походки (астазия — абазия). Следует подчеркнуть, что эти и другие истерические симптомы имеют не только психологическую, но весьма часто и органическую основу, в частности, серьезную нервно-психическую и соматическую патологию. Другую группу составляют истерические диссоциативные симптомы, характеризующиеся явлениями возбуждения ранних незрелых функциональных систем. — Типичным представителем диссоциативных нарушений считают функциональные или «истерические» припадки. Впервые возникая в связи с психическими потрясениями, припадки в последующем могут «запускаться» при одном воспоминании о них, провоцироваться по механизмам условной связи. Припадки возникают обычно на публике и никогда в одиночестве или во время сна. Характеризуются разнообразными выразительными действиями, порой напоминают пантомиму и имеют какой-то скрытый смысл. Пациенты могут при этом выкрикивать отдельные слова, фразы, например, команды («командная истерия»), брань, восклицания, стоны. Контакт с внешним миром полностью не прерывается, комментарии и поступки присутствующих способны модулировать картину припадка. Внезапным резким воздействием (окрик, резкий запах и т. д.) припадок можно прервать. Пациенты не расшибаются, так как падают осмотрительно, не бывает прикусов, упускания мочи, кала, семени, фотореакция зрачков сохранена. Припадки длятся десятки минут и спонтанно прекращаются с наступлением истощения. Амнезии не бывает, обычно сохраняются отдельные воспоминания о собственных ощущениях и внешних впечатлениях во время припадка. Двигательная формула припадков никогда не воспроизводится в стереотипной манере, всегда бывают какие-то вариации. Помимо больших истерических припадков существуют и малые, напоминающие полуобморочные состояния. К

диссоциативным явлениям относятся также тремор, спазмы, боли, истерические трансы, другие подобные нарушения. Весьма важной особенностью истерических расстройств является их возникновение по механизмам условной приятности или желательности, что, по выражению П. Жане, определяет своеобразное отношение к заболеванию — «прекрасное равнодушие». Характерна нозофильная реакция личности на болезнь. Заметное сопротивление истеричные пациенты оказывают попыткам лечить их, проявляют недоверчивое отношение к различным методам терапии или отвергают их под разными предлогами, опасаясь расстаться с ролью больного человека. Как правило, особенно любят «гипноз», всякого рода целителей, склонны окружать свою болезнь ореолом мистицизма. Как и другие виды невротозов, истерический сопровождается разнообразными, хотя и малоспецифическими, проявлениями психовегетативного синдрома. Некоторые локальные вегетативные расстройства могут указывать на истерическую их природу: ощущение «кома» в горле — «глобусная истерия», ложная беременность, икота, монокулярная диплопия, дисфагии. Неспецифический характер вегетативных нарушений с позиций психоаналитической психосоматики объясняют более глубоким вытеснением травмирующих представлений нежели тот, что лежит в основе конверсионных явлений. Сочетание многочисленных истерических симптомов с ипохондрическими нарушениями объединяют под названием болезнь или синдром Брике.

Логоневроз. Условно относится к системным невротозам. Чаще начинается в детстве, с 3—5 лет. Развивается нередко остро, после эмоционального потрясения, в этом случае ему предшествует мутизм. Может появляться в неблагоприятной речевой среде (заикание у сверстников, форсированное изучение иностранного языка, повышенные требования к речи). В начальном периоде заикания преобладают тонические судороги в вокальной и дыхательной мускулатуре. Позже присоединяются тонико-клонические судороги в артикуляционной мускулатуре. Выявляются нарушения речевого дыхания, синкинезии в мышцах лица, шеи, плечевого пояса, а также повышение тонуса вокальных мышц. У детей, но особенно у подростков может быть выражен страх речи — логофобия. Настроение подавлено, дети чересчур стеснительны, обнаруживают сенситивные идеи отношения. Часто замыкаются, отказываются от ответов в классе или предпочитают письменные ответы. Логофобия усиливает заикание, порой делает речь невозможной.

От невротического отличают невротозоподобное и органическое заикание. Невротозоподобное заикание

возникает на фоне органического либо связанного с соматическим заболеванием поражения головного мозга. Развивается постепенно. С самого начала наблюдаются тонико-клонические судороги в артикуляционной мускулатуре, а также тикоидные гиперкинезы. Реакция на заикание выражена незначительно вплоть до пубертатного возраста. Интенсивность заикания мало зависит от волнения. Одновременно выявляются органические черты психики. Органическое заикание обусловлено гиперкинезами в артикуляционных мышцах, а также в мускулатуре лица и шеи. Реакция личности на заикание нередко отсутствует. Выявляются значительные психоорганические нарушения.

От заикания нужно отграничивать спотыкание речи — poltern. Это расстройство темпа речи: замедление — брадилалия, ускорение — тахилалия. Нарушена просодическая сторона речи, ее мелодичность. Возникают трудности в подборе слов, построении фраз. Спотыкание речи возникает на основе резидуально-органических повреждений головного мозга.

Писчий спазм. Своеобразная форма нарушения письма, сходная с заиканием. Другие мануальные навыки не страдают. Возникает у много пишущих при повышенных к ним требованиях и отрицательном отношении пациентов к такой работе. Писчий спазм развивается в зрелом возрасте, чаще у мужчин с тревожно-мнительным или истерическим характером. Проявляется судорожным сокращением мышц кисти, предплечья, плеча и шеи во время письма, болями в руке. Иногда, напротив, наступает парез мышц кисти либо преобладает болевой синдром. Указанные явления исчезают сразу же, как только больной бросает перо. Реже наблюдаются другие профессиональные дискинезии: у скрипачей, парикмахеров и т. д. Помимо психогенных в генезе профессиональных дискинезий имеют значение перегруженность двигательного аппарата, эндогенное предрасположение, местная дисциркуляция крови, церебральный атеросклероз.

При психических заболеваниях (в их дебюте, в клинической структуре ремиссий, при медленно прогрессирующем течении) нередко выявляются сходные с невротическими нарушения — неврозоподобные состояния. Дифференциальная диагностика последних сложна. Она строится с учетом всей совокупности клинических данных: наследственной отягощенности, особенностей личностного преморбида, этиологических факторов заболевания, особенностей клинической симптоматики и ее динамики, данных параклинического исследования, результатов проводимого лечения. Разграничение невротических и неврозоподобных

синдромов часто ставят в зависимость от того, какую роль в их генезе играют психогенные факторы. Предполагается, что невротические расстройства обусловлены в первую очередь психогенными воздействиями, а неврозоподобные расстройства — физиогенными (экзогенное или эндогенное поражение). Неясности при таком подходе начинаются с того момента, когда определяется понятие о психической травме или невротическом конфликте. В самом деле, если последние усматривают в затяжных внешних конфликтах, что часто и делается, то не исключено, что при неврозах их, действительно, больше. Но это внешняя сторона дела и формальный, статистический подход проблемы не решает. Остается «за кадром» внутренняя природа конфликтов, их происхождение. Акцентируя внимание на травмирующей ситуации, врач нередко идет на поводу у пациента и разделяет его интерпретации, тогда как действительное положение дел может быть иным. Что касается неврозоподобных расстройств, то нельзя исключить, что в их генезе психологические конфликты также имеют существенное значение. Правда, наряду с психогенными, наблюдаются также нарушения органического, процессуального происхождения, причем соотношение тех и других часто бывает обратным: чем больше в клинике болезни функционального, тем меньше органического и наоборот.

Реакции личности на болезнь. Фобическая реакция — тревога и страхи с переоценкой тяжести заболевания. Так, пациент, вовремя не обращается за помощью к врачу из опасения серьезного диагноза или напротив, по любому поводу вызывает «скорую», боится лечь в стационар, страшится обследований и возможных болей при лечении, теряется при виде незнакомой медицинской аппаратуры, волнуется после разговоров о болезнях. Опасается осложнений, не принимает лекарства либо устанавливает «безопасные» их дозы. Нередко наблюдаются страхи самых безобидных инъекций, других лечебных процедур, а иногда, как случается у детей, тревогу вызывает один только вид белых халатов. Часто выявляется страх повторения болезни, ее затягивания, тяжелых последствий, опасения инвалидизации. Легко формируется зависимость от врача, который рискует превратиться в глазах пациента в нечто вроде транквилизатора.

Сенситивная реакция — чувство стыда, связанное с болезнью. Пациент ощущает свою неполноценность, моральную несостоятельность, греховность, если считает болезнь постыдной и осуждаемой. Не решается сообщать о ней, медлит с обращением за помощью, скрывает ее проявления. Как правило, испытывает сенситивные идеи

отношения: подозревает, что окружающие знают о его болезни, презирают его, говорят о нем, распускают слухи. В связи с этим замыкается, избегает контактов, пытается справиться с ней самостоятельно или лечиться в приватном порядке. Очень болезненно воспринимает замечания в свой адрес, держится скованно и напряженно, склонен к депрессии и импульсивным реакциям.

Депрессивная реакция — переживание чувства вины из-за болезни. Подавленное настроение сочетается с самообвинениями в нарушениях лечебного режима, в отклонениях от здорового распорядка жизни, в легкомыслии и безответственности, а иногда и с мазохистическими тенденциями («так тебе и надо...», «доигрался, вот и получил, поделом тебе»). Болезнь может восприниматься как заслуженная кара свыше, как возмездие и справедливое наказание. Аутоагрессивные тенденции могут стать серьезным препятствием к своевременному и полноценному лечению, побуждая пациента отклонить предлагаемую помощь, не выполнять необходимых рекомендаций, хотя пациент вроде бы осознает неправильность подобного поведения. Нередко чувство вины возникает перед близкими людьми («эгоист, я не думал о других, только о себе беспокоился... как теперь детям смотреть в глаза буду»). Замечая нездоровье детей, пациенты винят себя в передаче «плохой» наследственности. Отказываются от ухода за собой, не желая быть бременем для окружающих. Считают, что врач уделяет им слишком много внимания. Если не наступает быстрого выздоровления, винят в этом себя и могут скрывать проявления болезни («сколько будут возиться со мной, пора и честь знать»). Не выкупают дорогостоящих медикаментов, нарушают режим питания, если думают, что ущемляют достаток других, торопятся с выпиской на работу, предполагая, что там их поведение могут расценить как симулятивное («другим намного хуже, но они работают»). Депрессивная реакция на болезнь встречается у гипотимных личностей, нередко свидетельствует о депрессивных сдвигах настроения. Часто наблюдается на выходе из психотического приступа и указывает в этом случае на депрессивный его шлейф.

Ипохондрическая реакция — погружение в болезнь. Последняя становится центром внимания и интересов пациента. Он не может либо даже не пытается отвлечься от мыслей о болезни, все прочие аспекты жизни смещаются на периферию сознания или полностью вытесняются. В разговоре «вязнет» на теме болезни, задает множество вопросов, пытаясь доискаться до ее первоисточков. Отмечается склонность к фармакофилии, иногда, напротив, привередливость в выборе средств лечения. Часто

настороженно относится к врачам, особенно если они не разделяют ипохондрических интерпретаций. Повторение ипохондрических реакций и их фиксация может вести к ипохондрическому развитию личности.

Истерическая или нозофильная реакция — бегство в болезнь, которая становится средством преодоления психологических проблем и манипулирования окружающими. Это потребность в заботе, внимании, опеке, желание удивить, вызвать панику чем-то из ряда вон выходящим, удержать жену или мужа, возбудить чувство вины и др. Эта реакция может быть также выражением природной склонности к мистификации, лишенному мотивов корысти надувательству. Достаточно часто истерическая реакция на болезнь связана с асоциальными, паразитическими установками. Это проявляется, в частности, симуляцией — имитацией болезни с целью избежать ответственности или получить незаслуженное вознаграждение; метасимуляцией — намеренным сохранением симптомов болезни после того, как она миновала; аггравацией — умышленным преувеличением проявлений болезни; сюрсимуляцией — сознательным изображением мнимой болезни при наличии другой, реальной, но обычно скрываемой. Пациенты с истерической реакцией на болезнь часто неискренни, склонны к сочинительству, постоянно меняют жалобы, порой заимствуя новые из опыта других больных, крайне неохотно расстаются с больничной койкой и ролью пациента, в которой чувствуют себя более комфортно, нежели в качестве здорового человека. Демонстративно стремятся убедить окружающих и врача в факте серьезной болезни, обижаются на них, когда они не склонны в это верить, типичны «обострение» болезни перед выпиской, миграция от врача к врачу или детская привязанность к тем из них, от кого исходит «понимание» и родительское отношение. Иногда ревнуют врача к больным, которым он уделяет больше внимания.

Дисфорическая реакция — раздражительность, озлобленность, со склонностью винить окружающих в своей болезни, мстить им за это. Пациенты добиваются наказания виновных, например, подают в суд на учреждение или предприятие, где они «потеряли» здоровье. Более всего их волнует не сам факт болезни, а возможность восстановить «справедливость» — тут можно говорить также о сутяжно-паранойяльной реакции, иногда весьма длительной и переходящей в развитие. Объектом сутяжничества может быть сам врач, если он «неправильно» лечил и тем более «специально» все делал во вред пациенту. Озлобление прорывается и в таких действиях, как спаивание неопытных людей, провоцирование пациентов с зависимостью, намеренное распространение инфекции, например,

туберкулезной и венерической, злорадство при виде страданий других людей и «ненависть» по отношению к здоровым. В отделении больные придирчивы, постоянно чем-то недовольны, часто вступают в конфликты, бывают грубы, заносчивы, требуют внимания к себе, легко переходят к ультиматумам и угрозам. Под маской агрессии нередко скрывается страх, чувство беспомощности и растерянности, но это не всегда ясно осознается самими пациентами и понимается окружающими.

Эйфорически-анозогностическая реакция — непонимание факта болезни или недооценка ее тяжести в сочетании с благодушием, необоснованным оптимизмом и наплевательским отношением к вопросам лечения. Наблюдается большей частью у пациентов с органическими повреждениями головного мозга, при алкоголизме и токсикомании, иногда при эпилепсии.

Суицидальная реакция — мысли и действия в направлении самоубийства, мотивация которого связана с переживанием и осознанием болезни. Возможна у разных пациентов и в рамках различных реакций на болезнь: депрессивной, ипохондрической, истерической, сенситивной. Иногда бывает обусловлена жестокими, невыносимыми болями, страхом перед умиранием при неизлечимых заболеваниях, ужасом, охватывающим человека, осознавшего факт психического заболевания, мучительным стыдом из-за «позорной» болезни, дискредитирующей пациента. Может быть также следствием психического шока, наступающего после прямолинейного объявления врачом диагноза безнадежной болезни, порою диагноза, который, как потом выясняется, оказался неподтвержденным.

Регрессивная реакция — снижение уровня мотивации и поведения, наступающего в связи с осознанием болезни. Это например, покорность, отказ от активности в роли пациента, нацеленность на инвалидность, склонность к праздности, пьянству, вымогательству и попрошайству, инфантильная зависимость от врача, лекарств и многое другое, отчасти упомянутое в других формах реакции на болезнь. У психиатрических пациентов иногда появляется ощущение вседозволенности и свободы от моральных ограничений: «Я дурак, теперь мне все можно, ни за что отвечать не буду».

Утилитарная реакция — в противоположность регрессии это прогрессия, повышение уровня мотивации и поведения, обусловленное сознанием болезни и приближением роковой черты. Пациенты отказываются от лечения, если не верят в его эффективность или не желают тратить на него быстро тающий остаток жизни. Всю свою энергию целиком

посвящают делам, с которыми связывают цель своего существования, желая умереть с чистой совестью и сознанием своего человеческого достоинства. История хранит память о многих таких людях, умерших за последней недописанной книгой, картиной, иконой, во время научного опыта или постройки храма. Еще больше безвестных, скромных, но великих в своей человечности людей, столь же достойно завершивших свою жизнь.

Эргопатическая реакция — сокрытие, диссимуляция болезни, если она препятствует профессиональной деятельности. Особенно часто встречается у пилотов, машинистов, водителей и вообще там, где доступ к работе регламентируется очень жестко. Диссимуляция нередко наблюдается у пациентов, настойчиво стремящихся к выписке по болезненным мотивам, например, у депрессивных больных, склонных к самоубийству, у больных с бредом ревности, у желающих избавиться от психиатрического диагноза и в ряде других случаев.

Реакция отчуждения — отстраненное переживание перенесенной болезни как случившегося не на самом деле, происшедшего «во сне», «в воображении», «не со мной». Это «какой-то бред, я стараюсь поскорее о нем забыть, вспоминать это неприятно». «Кажется, это было очень давно и никогда не повторится». «Не верю, что такое вообще бывает, это что-то нереальное».

ГЛАВА 3. ПСИХОЛОГИЯ И РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ

Психопатология.
Часть II
В.А. Жмуров

3.1. Психология личности

Личность—совокупность психических свойств, включающая динамические тенденции, особенности темперамента и аффективности, способности, характер и определяющая направление деятельности, индивидуальные возможности и поведение (Рубинштейн, 1946).

Динамические тенденции личности. Это ее потребности, интересы, склонности, идеалы и ценности, а также установки. Потребности—«нужда» организма в том, без чего нормальное его функционирование невозможно. У человека существует сложное и иерархически организованное единство различных потребностей, как врожденных (потребности в пище, безопасности и др.), так и приобретенных (потребность в труде, общении, интеллектуальные и эстетические потребности и др.). Момент зарождения или актуализации той или иной потребности субъективно определяется как неясное, смутное, беспредметное состояние внутреннего напряжения —

влечение; с момента осознания объекта потребности оно становится стремлением. Интересы — состояние сосредоточенности на объекте потребности, желание ближе познакомиться с ним, глубже его понять. Склонность — направленность на определенный вид занятий, потребность в каком-либо определенном виде деятельности. Поведение человека во многом определяется имеющимися у него представлениями о долге, обязанностях, о нравственных нормах или, другими словами, идеалами личности. Личностные ценности — представления об объектах или видах деятельности, связанных с удовлетворением основных потребностей и смыслом жизни индивида. Установка — состояние мобилизованности, готовности к какому-либо виду деятельности, отражающее упрочившееся отношение человека к существующим проблемам и явлениям действительности. Весьма существенным компонентом личности являются способности. Различают общую способность и специализированные ее виды. Первая представляет собой ту степень продуктивности, которую субъект обнаруживает в процессе обучения и приобретения навыков в целом. Специальные виды одаренности являются формой выражения общей способности, получившей преимущественное развитие в том или ином направлении.

Темперамент. Характеристика силы и подвижности основных нервных процессов: возбуждения и торможения. Темперамент выражается такими психологическими свойствами, как впечатлительность и импульсивность. Впечатлительность — это глубина и прочность следов внешних воздействий на психику. Импульсивность характеризует ту степень легкости, с какой возникающие побуждения к деятельности реализуются в поведенческие акты. К числу важнейших сторон личности относятся также врожденные особенности аффективной сферы, влияющие на интенсивность, продолжительность и общую направленность эмоциональных реакций и колебаний настроения.

Характер. Сложившиеся и упрочившиеся навыки поведения, то, что определяет постоянство и конкретный характер поступков в той или иной ситуации («характер» — «чеканка»). В характере, таким образом, находят внешнее, практическое выражение потребности, интересы, идеалы и другие стороны личности.

Только что приведенный фрагмент текста характеризует, скорее, структуралистский подход к пониманию личности — один из многих ныне существующих. Коротко остановимся на других, но главное — попытаемся интегрировать важнейшие их положения. Все теории личности могут рассматриваться в контексте трех основных направлений. Глубинная

психология (психоанализ З. Фрейда, аналитическая психология К. Юнга, индивидуальная психология А. Адлера, эпигенетическая теория Э. Эриксона, другие течения) в качестве важнейшего выдвигает тезис о том, что развитие личности детерминировано главным образом или даже исключительно биологическими факторами, врожденными динамическими тенденциями, влечениями. Между разными школами глубинной психологии нет единства лишь в понимании того, какими являются эти влечения. Внешне противоположную позицию по отношению к ним занимают психологические теории, в которых личность рассматривается как внутренняя структура, складывающаяся под влиянием обучения или социальных воздействий — бихевиоризм и социально-психологическая модель личности. С указанных позиций личность можно формировать в любом направлении и проблема заключается только в том, какими должны быть нужные для этого внешние влияния. Это несколько напоминает известную теорию изменчивости Т. Д. Лысенко применительно к человеку. Отличие от психоанализа тут лишь кажущееся, — как в том, так и в другом случае человек поставлен в полную зависимость от обстоятельств и в принципе не так уж важно, являются ли они внутренними или внешними. Реакцией на оба упомянутых подхода стало появление гуманистической или «вершинной» (В. Франкл) психологии. Центральным в ней является тезис о том, что главное в личности—это ее духовное начало, и что человек, в конечном счете, создает себя сам. По словам Г. Фихте, каждое животное есть то, что оно есть; только человек изначально — ничто. Тем, чем он должен быть, он должен сделаться... и сделаться сам собою, своей свободой; я могу быть только тем, чем я сделаю себя сам.

При всех важных различиях между ними, упомянутые направления психологии личности дополняют друг друга, поскольку каждое из них ориентировано на изучение разных аспектов целостной структуры: биологических, психологических, социальных и духовных. Тем самым проясняется проблема структурирования личности.

Структура личности может быть представлена в виде иерархически построенной системы ряда уровней (свойств, качеств): биологического, индивидуально-психологического, социально-психологического и духовного. Биологический уровень представлен врожденными и формирующими в первые месяцы жизни после рождения качествами, такими, как типы телесной конституции, психомоторики и психосоматического реагирования; влечения, темперамент, задатки, общее отношение к себе и внешнему миру (экстраверсия или интроверсия), аффективная установка,

эмпатия, активность, контактность и способность к формированию привязанностей. Индивидуально-психологический уровень характеризуют особенности инструментальных психологических функций: внимания, памяти, мышления и т. д. Социально-психологический уровень образован из качеств, отражающих влияние социальных структур на человека: лидерство, конформность, способность к сотрудничеству, партнерству, ролевое поведение. Высший, духовный уровень образуют представления человека о ценностях и идеалах, стремление к самоактуализации, смыслу жизни. Каждому уровню свойствен определенный тип преобладающей мотивации. Биологический — определяется врожденными динамическими тенденциями; индивидуально-психологический — эгоцентрическими, то есть направленными на самого себя; социально-психологический — социальными потребностями, отражающими интересы той или иной группы; духовный — стремлениями к реализации собственных представлений о ценностях, а в субъективном плане — осуществлению высших ценностей жизни. У конкретного человека каждая из упомянутых инстанций личности может определять направленность его поведения. Деятельность нижележащих уровней личности по принципу иерархии находится под контролем любой из вышерасположенных, если она является источником мотивации.

Индивидуальное развитие проходит ряд этапов, каждому из которых соответствует доминирование в это время одного из упомянутых уровней организации личности. В момент рождения и короткое время после него (первые месяцы жизни) — это биологический этап, преформированный генетическими программами. На втором этапе личностного развития (до 10—11 лет) преобладает эгоцентрическая структура функционирования личности. Ее развитие определяется не только врожденными, но и внешними, в первую очередь семейными влияниями. Третьим является этап развития социальных качеств и решающее значение приобретает воздействие социальных структур, в которые включена личность. Он завершается к 18—20 годам. Последним является этап созревания сущностных, духовных инстанций личности. В основном, этот этап завершается к 40 — 45 годам жизни, когда человек достигает вершины развития и обретает, наконец, свое подлинное лицо (или становится ясно, что ничего такого у него нет и уже никогда не будет). В этот период основное значение в развитии имеет внутренняя работа над осмыслением жизни и от самого человека зависит, кем он в конце концов станет, здесь он действительно создает себя сам.

Индивидуальное развитие может завершиться на любом из промежуточных этапов, так что постоянно существует риск задержки развития и формирования в том или ином отношении незрелой личности. При психическом заболевании этот процесс нередко протекает в обратном порядке, приводя тем самым к последовательной регрессии личности. Старение личности, по-видимому, также может быть описано в терминах регрессии. Регрессия личности возможна в любом возрасте. В детской психопатологии специально выделяется класс клинических явлений, объединяемых понятием «регрессивные синдромы» (в возрасте от 1 до 7 лет). Это утрата навыков ходьбы, речи, опрятности, утрата коммуникативных элементов речи, мутизм, появление эхо-синдрома Вернике (эхолалия, эхокинезия, эхомимия), атетоидные и стереотипные движения. У взрослых пациентов это появление в психическом облике черт ювенилизма, детскости, что считается особенно характерным для шизофрении. Регресс может быть очень глубоким, «эстолько, что больные становятся крайне неряшливыми, неопрятными, запущенными — симптом Диогена. Некоторые пациенты собирают всякий хлам, превращая свои квартиры в свалки — симптом Плюшкина. В психологическом плане регрессия — способ защиты личности от непосильных для нее внешних требований. Пациент не справляется с трудностями жизни из-за недостатка психической энергии, необходимой для сложно организованного поведения. В связи с этим он «плывет по течению» — симптом дрейфа, считающийся характерным признаком шизофрении. Аналогичное явление наблюдается, однако, и при других заболеваниях (алкоголизм, наркомании, органические процессы).

Весьма сложней является проблема типологии личности. Анализ противоречивой литературы на эту тему позволяет выявить следующую закономерность. Существуют разные системы типов личности, каждая из которых претендует на универсальность, но фактически все они ориентированы лишь на какой-то один из упомянутых уровней или инстанций личностной структуры. Так, типологии, основанные на учете особенностей сложения тела (Кречмер, Шелдон), гормональной конституции (Брегман), темперамента (Павлов), апеллируют к органическому слою личности. Личностные типы К. Юнга — экстраверты и интроверты — построены на базе первичных психологических свойств, а система И. П. Павлова — художественный, мыслительный и средний типы — психологических качеств. Классификация К. Леонгарда основана на разных критериях, вернее на их смешении, отчего она выглядит противоречивой. Тем не менее она адресована, в основном, эгоцентрическому уровню личности. Система «жизненных форм» Э. Шпрангера

принимает во внимание лишь духовные ориентации личности. Типология соматических профилей личности Данбар акцентирует внимание на психологических и социальных свойствах личности, имеющих, как предполагается, непосредственное отношение к особенностям психосоматического реагирования.

Попыток интегрировать столь разные подходы к разграничению типов личности до сих пор, кажется, никто не предпринимал и трудно представить себе тот руководящий принцип, на основе которого их можно бы осуществить.

И, наконец, еще очень важным является вопрос о формулировании критериев здоровой, нормальной и незрелой или «невротической» личности. Примечательно, что этот вопрос возник лишь в рамках гуманистического направления психологии личности. И это не случайно, как нам кажется, потому, что в других направлениях психологии личность представляется изначально ущербной, поскольку рассматривается без того главного качества, который отличает собственно человека от «голой обезьяны» или общественного, говорящего животного — его духовного ядра, ответственности и свободы, его стремления к осмысленной жизни.

Наиболее полное определение того, что представляет собой здоровая, зрелая личность, принадлежит, на наш взгляд, А. Маслоу. Характерными чертами самоосуществляющейся личности автор считает следующие:

- действенное (эффективное) восприятие реальности и уверенная ориентировка в ней;
- согласие со своим собственным «Я», с другими индивидуумами и природой;
- спонтанность, как способность ценить искусство, веселое времяпрепровождение, способность к активной целеустремленности. Зрелая личность не угнетена условиями и умеет испытывать высшие переживания;
- способность решать те или иные задачи, погружаться в проблемы, не занимаясь при этом собой;
- внутренняя свобода. Нуждаясь в уединении, человек, обладающий внутренней свободой, склонен к дружбе и выявляет в достаточной степени свои привязанности, которые при этом не назойливы и не содержат в себе собственнических тенденций;

— относительная независимость от культурных условностей и условностей своей среды (лесть или критика не коверкает их основной линии жизни и развития);

— постоянная свежесть оценок;

— неограниченность умственного горизонта и искренний интерес к «последней сущности вещей» — фактор религиозной зрелости;

— социальное чувство (расположенность к другим, сочувствие к близким);

— способность устанавливать необычайно тесные, глубокие личные связи избирательного характера, то есть способность уважать каждое человеческое существо потому, что он человеческий индивид;

— этическая определенность — четкое различие справедливости и несправедливости в повседневной жизни;

— понимание юмора (невраждебное отношение к юмору);,

— продуктивность, способность накладывать индивидуальную печать на свои дела.

Невротической личности, следовательно, свойственны противоположные черты, из которых можно упомянуть отсутствие реализма, индивидуальности, тенденции к саморазвитию, социальные и личные проблемы, обусловленные сосредоточенностью на себе, дезинтеграцию.

Кроме того, невротическую личность отличает система психологической защиты, которая стоит на пути реалистического восприятия окружающего и оценки собственного «Я». Из двух возможностей — изменить себя и ситуацию или сохранить иллюзорные представления о себе, невротик предпочитает последнее. В отечественной психологии и психиатрии невротические личности принято разграничивать на акцентуированные и психопатические. Описания тех и других сходны, четких критериев отличия между ними нет.

3.2. Расстройства личности

Психопатические состояния. Характеризуются глубокими, тотальными и стойкими нарушениями структуры личности («дисгармония личности»), клинически выражающимися неправильными, неадекватными реакциями и поступками («бред поступков») в ответ на различные требования жизни,

нарушениями поведения и адаптации в социальной среде при наличии формально сохраненных мнестико-интеллектуальных функций.

Общепринятой типологии психопатических состояний не существует из-за их богатства и многообразия. Ниже представлены краткие описания наиболее часто встречающихся психопатических и психопатоподобных состояний, основывающиеся на принципе выделения ведущих, облигатных для соответствующей психопатической личности характерологических черт.

Эксплозивный (взрывчатый) тип психопатической личности. Характеризуется повышенной аффективной возбудимостью, чрезмерной силой эмоциональных реакций и крайней импульсивностью. Можно определить это как склонность к состояниям физиологического и патологического аффекта. По различным, порой незначительным поводам возникают бурные аффективные разряды с резким двигательным возбуждением, аффективным сужением сознания и нередко в сопровождении разрушительных либо агрессивных действий, направленных на окружающих или на самого себя — «это лица, которые сотрясают по очереди семью, школу, армию и, наконец, работу». Им свойственны также мрачность, угрюмость, периодически возникающие непродолжительные дисфории, жестокость, неуступчивость. Активные, энергичные, они неспособны вместе с тем к длительной целенаправленной деятельности и подолгу не удерживаются на работе, чему препятствуют, кроме того, неизбежные конфликты. Типичными являются расторможенность, чрезмерная сила и напряженность влечений, нередко склонность к рискованным предприятиям, перверсиям, сексуальным эксцессам, вследствие чего криминальный анамнез и деструктивное влияние уголовной среды нередко дополняют их биографию и психический облик. Данный тип психопатии чаще имеет органическую природу.

Истерический тип психопатической личности. Его характеризует прежде всего потребность находиться в центре всеобщего внимания, «жажда признания», и очевидное несоответствие между чрезмерной претенциозностью, желанием выделиться среди окружающих и действительными, явно недостаточными для этого ограниченными возможностями. Это люди неглубокие, поверхностные, неорганизованные, лишенные твердых и реалистических взглядов на жизнь, гармонической и адекватной системы личностных ценностей. Поведение их обращает внимание театральностью, ходульностью, экстравагантностью, непостоянством, отсутствием простоты и искренности. О таких говорят, что они стремятся выглядеть

гораздо значительнее, чем являются на самом деле, пережить больше, чем они в состоянии пережить, что скорее они «хотят казаться, а не быть». Истерикам свойственны также завистливость, скандальность, лживость, отсутствие прочных привязанностей, неспособность разграничивать действительность и вымысел, эксцентричность в манерах, одежде, вкусах и увлечениях, нарциссизм и склонность к реакциям бегства в болезнь, которая превращается в подобие щита, отражающего непосильные для них требования жизни. Формирование истерической психопатии в значительной, если не определяющей мере связано с неблагоприятными семейными условиями (воспитание кумира, любимчика).

Астенический тип психопатической личности. Этот тип отличает неспособность к длительно му физическому, эмоциональному и интеллектуальному напряжению, повышенная утомляемость, истощаемость, недостаток выносливости. Как правило, наблюдается неуверенность в своих силах, боязливость, малодушие, конфузливость. Характерна обостренная впечатлительность, чрезмерная хрупкость, повышенная ранимость. Астеникам, вместе с тем, присуще чувство уязвленного самолюбия и связанные с ним раздражительность, а также частое появление депрессивных реакций, отражающих сознание собственной несостоятельности. Чувство неполноценности имеет в своей основе несоответствие между высоким уровнем притязаний (желаемых достижений) и низким уровнем ожидания (адресованных к себе требований). Нередко психопатические личности данного типа обращают на себя внимание постоянной озабоченностью своим здоровьем, склонностью к ипохондрическим и фобическим реакциям, возникающим даже при незначительном недомогании. Упомянутые особенности личности астеников иногда могут маскироваться такими вторичными компенсаторными образованиями, как заносчивость, развязность, напускная суровость, подчеркнутая независимость, связанными с активацией механизмов психологической защиты. Компенсация может быть избыточной и порождать проблемы в межличностных отношениях (гиперкомпенсация). Генезис астенической психопатии скорее связан с органическими причинами.

Психастенический тип психопатической личности. Он характеризуется постоянно повышенным уровнем тревожности — «как бы чего не вышло», — крайней нерешительностью, мнительностью, бесконечными сомнениями в правильности своих наблюдений, выводов, решений и поступков, никогда не покидающим беспокойством за благополучный исход любого дела. Склонность к преувеличению действительно имеющих трудностей и проблем («из мухи делать слона»), опасениям и

тревожным предчувствиям позволяет называть психастеников людьми, «вся жизнь которых является героическим примером неустанной и бесплодной борьбы с самим собой». Психастенический склад личности часто способствует формированию и фиксации невротических расстройств, в клинической картине которых преобладают разнообразные навязчивости. Компенсаторными характерологическими особенностями нередко становятся утрированный педантизм, мелочная исполнительность, скрупулезное точное следование различным требованиям и предписаниям, категоричность и бескомпромиссность в вопросах морали и этики, мечтательность. В этом находят выражение различные защитные стратегии, в частности, отрицание реальности, идентификация. Происхождение психастенической психопатии связано в первую очередь с врожденными факторами.

Аутистический или шизоидный тип психопатической личности. Он характеризуется признаками врожденной эмоциональной недостаточности, выражающейся слабой откликаемостью, холодностью, сниженной потребностью в контактах и узким кругом привязанностей. Шизоиды могут «любить человечество», но редко проявляют глубокие и непосредственные чувства к кому-либо из окружающих людей. Интересы оторваны

от реальной повседневной действительности, нередко однобоки, странны и непонятны, взгляды, суждения и оценки зачастую очень далеки от общепринятых, оригинальны, необычны. Шизоиды — это интроверты с изначально присущей им недоверчивостью к внешнему миру, боязнью нового, дистанцированием от всего непривычного для себя, с трудностями присвоения. Интравертированность позднее обрастает склонностью к спекулятивным умозрительным схемам, через призму которых шизоиды воспринимают и оценивают реальный мир. Это можно сравнить с интеллектуализацией — механизмом психологической защиты, скрывающем ощущение уязвимости и неуверенности в себе посредством отвлеченных рассуждений. Частой особенностью шизоидной личности является своеобразная диссоциация между рафинированной интеллигентностью, утонченностью и явлениями моторного недоразвития — шизоиды большей частью неловки, неуклюжи, угловаты, их движениям недостает естественности, плавности, непринужденности, мимика лишена живости и ограничена набором стандартных выражений, голос мало модулирован, плохо вырабатываются мануальные навыки. Вместе с тем корковая моторика может быть развита нормально и даже превосходно — среди шизоидов встречаются одаренные скрипачи, пианисты, высококвалифицированные мастера

ручного труда. Наблюдается также несоответствие между тонкой, обычно избирательной эмоциональной чувствительностью, сенситивностью и аффективной тупостью, «деревянностью», холодностью. Вообще шизоиды — люди крайних чувств и эмоций: они либо восхищаются, либо ненавидят. Отмеченная полярность аффективной жизни шизоидов, — так называемая психоэстетическая пропорция, — лежит, по мнению Е. Кречмера, в основе шизоидного темперамента. Шизоидам свойственны, кроме того, упрямство, ригидность, бескомпромиссность, неспособность к эмпатическому сопереживанию.

Психопатия шизоидного склада обусловлена конституциональными факторами, хотя эта ее трактовка не может быть принята без оговорок.

В детской психопатологии глубокая шизоидизация личности рассматривается в рамках синдромов раннего детского аутизма (Каган, 1981; Козырев, 1985). Важнейшими проявлениями детского аутизма считают обеднение эмоциональной сферы (аффективная блокада), ослабление привязанностей, стремление ребенка к уединению, страх всего нового (неофобия), боязнь всякого рода перемен в привычной обстановке (феномен тождества), медленное формирование чувства собственности, то есть присвоения или включения в сферу принадлежности к «Я» различных объектов (аналог деперсонализации). Типичны некоторые особенности моторного развития (неловкость, необычный характер поз и движений, стереотипно повторяющиеся причудливые движения). Дети предпочитают странные игры, задают заумные вопросы. Так, девочка вырезает из книг картинки, играет только ими. Или раскладывает книги по всему полу и играет над ними конструктором. Часто играет пальцами: указательный изображает голову воображаемого персонажа, а два соседних — его руки. Играет одна, запирает двери, никого к себе не впускает и при этом очень громко разговаривает, кричит. Аутичные дети играют посудой, обувью, пуговицами, банками, железками и прочими вещами. Используют и игрушки, но редко, а иногда очень привязаны к ним. Так, мальчик не расстается с плюшевой собачкой, берет ее в школу, в постель, ставит на телевизор, когда его смотрит, гуляет и делает с ней уроки. Часты игровые перевоплощения. Так, в течение месяца девочка просит не называть ее по имени, считая себя Изаурой. Или представляет себя конем, при этом скачет, подражает его ржанию, отказывается говорить. Некоторые дети не любят своего имени, не отзываются, когда их зовут по имени, сердятся, просят звать другим именем. Встречаются различные нарушения речи (неологизмы, эхолалия, фонографизмы, речевые стереотипии, задержка коммуникативной функций речи, сочетание

взрослых форм и лепетной речи, антипатия или, напротив, непонятное предпочтение по отношению к отдельным фонемам и словам). Возникают проблемы с использованием личных местоимений, разграничением живых объектов от неодушевленных, половой идентификацией. Дети не склонны подражать близким, не повторяют в играх наблюдаемые в жизни семьи ситуации. Выявляются различные нарушения вегетативной регуляции, сна, аппетита, аллергические реакции, избирательное отношение к пище. Аутистические тенденции иногда прослеживаются с первых месяцев жизни. Так, дети неохотно берут грудь и скоро от нее отказываются. Не реагируют на нежное обращение, но успокаиваются, когда им причиняют боль. Не тянутся «на ручки», а когда их берут, не обнаруживают признаков «комплекса оживления» — радости, улыбки, лепета, прекращения плача. Отсутствует «феномен постуральной адаптации» — удобной позы, которую ребенок принимает, когда его берут на руки. Дети не гонятся за родителями, иногда как бы не замечают их присутствия, либо, напротив, не отпускают их ни на шаг от себя.

Различают несколько вариантов синдрома раннего детского аутизма. Синдром Аспергера имеет главную отличительную особенность в том, что речевое и интеллектуальное развитие детей идет опережающими темпами при относительном или абсолютном отставании эмоционального и моторного развития. Встречается преимущественно у мальчиков. В прогностическом плане наиболее вероятным считается переход синдрома Аспергера в аутистическую (шизоидную) психопатию. Синдром Каннера отличается замедленным развитием речи и интеллекта и относительным опережением двигательного развития. Синдром Каннера связывают с шизоидной психопатией, шизофренией, умственной отсталостью. Психогенный аутизм формируется в условиях эмоциональной депривации в первые три года жизни (разобщение с матерью, многократная смена воспитателей). Может сопровождаться задержанным умственным развитием. Органически аутизм связывают с экзогенно-органическими повреждениями головного мозга в раннем постнатальном периоде индивидуального развития помимо аутистических тенденций проявляется замедлением интеллектуального развития и симптомами резидуально-органической патологии центральной нервной системы.

Неустойчивый тип психопатической личности. Характеризуется, главным образом, тем, что поведение такой личности целиком определяется разного рода случайными, сиюминутными обстоятельствами и влиянием окружающих. Как правило, это очень общительные, открытые, доверчивые и простодушные натуры, любители всякого рода развлечений

и удовольствий, с типичной для них повышенной жадой внешних впечатлений, очень внушаемые и податливые, лишенные устойчивых интересов и склонностей, самостоятельности, последовательности и определенности, не принимающие жесткой регламентации своей жизни, полностью зависимые от окружающих, бесхарактерные — «субмиссивные», конформные. Социальная адаптация в какой-то степени возможна при условии жесткого внешнего контроля. Чаще это не удается — неустойчивые психопаты спиваются, становятся бродягами, орудием в руках антисоциальных лиц, наркоманами, проститутками. Генезис неустойчивой психопатии скорее связан с вседозволенным и эгалитарным стилем семейного воспитания.

Попутно отметим некоторые формы семейного контроля, поскольку это имеет непосредственное отношение к формированию психопатической личности (главным образом краевой психопатии):

— аутокритический — родители не интересуются внутренним миром ребенка, его проблемами, не знают и не желают считаться с его желаниями, принуждая действовать в соответствии с собственными представлениями о том, что нужно делать в той или иной ситуации;

— авторитарный — родители знают о намерениях ребенка, но подавляют их, заставляя действовать в конечном счете по своему усмотрению;

— демократический — родители знают и уважают мнение детей, обсуждают их проблемы, избегают осуждения, морализирования и принуждения. Ограничения в условиях такой свободы носят разумный характер;

— эгалитарный — дети ведут себя в семье на равных со взрослыми, имеют право не принимать точки зрения родителей и действовать без должных ограничений со стороны взрослых;

— вседозволенный — дети предоставлены сами себе, контроль со стороны родителей практически отсутствует,

— изнеживающий — ребенок (обычно единственный или последний) воспитывается в атмосфере любования, восхваления, безотказного удовлетворения всех его прихотей, то есть в роли «принца». Тем самым культивируется нарциссизм, самообожание, эгоцентризм;

— амбивалентный — родители исповедуют прямо противоположные воспитательные доктрины, предъявляют

противоречивые требования, дают исключаящие одна другую оценки его поступкам, постоянно спорят между собой, причем нередко в присутствии детей.

Параноический тип психопатической личности. Определяется прежде всего склонностью к формированию доминирующих идей и сверхценных образований, основным содержанием которых являются представления о собственной исключительности и элитарности. Характерны эгоцентрическая узость мышления, взглядов, оценок и интересов, тенденция к стойкой фиксации на определенных идеях, большая аффективная заряженность значимых переживаний, стеничность и упорство в достижении поставленных целей. Параноики высокомерны, чванливы, бездушны, им менее всего свойственна готовность к самоограничению и проявлению подлинного альтруизма. Их отличают также недоброжелательное отношение к окружающим, недоверчивость, подозрительность, неблагодарность. Свою враждебность проецируют на окружающих, усматривая в их действиях недобрые намерения. Они не способны ни любить, ни прощать, чего нельзя сказать об их умении мстить, расчетливо и жестоко, беззастенчиво прикрываясь самыми благими целями. Дежурным, почти стоячим оборотом их речи является «справедливость». Сами они, разумеется, борцы за эту справедливость. Их нередко притягивает общественная карьера, где вполне раскрываются мрачные стороны их личности, привлекает борьба за власть, интриги, заговоры, некоторые виды профессий, где они чувствуют себя незаменимыми людьми. Обычно это «правдоискатели», патологические ревнивцы, сутяги, «непризнанные гении», тираны, реформаторы, фанатики или лица, для душевной жизни которых характерны «комплексы постыдной этической недостаточности», и мучающиеся от того, что их пороки могут быть или уже стали известны окружающим.

Аффективный тип психопатической личности. Гипотимики или дистимики отличаются преимущественно подавленным фоном настроения с пониженной способностью радоваться и веселиться, пессимистическим мировосприятием, легкостью появления чувства вины и угрызений совести; это также тихие, незаметные и покорные, безукоризненно честные, порядочные и добросовестные, неуверенные, сомневающиеся и тяжело переживающие неудачи люди. Гипертимки, напротив, обладают приподнятым настроением, повышенным самочувствием и чрезмерной активностью, им свойственны жажда наслаждений, прожектерство, неусидчивость, болтливость. Аффективно лабильные психопатические личности характеризуются отсутствием душевного равновесия, постоянными и резкими колебаниями

настроения по различным поводам. Беспрестанная смена мнений, оценок, намерений, неизменно сопутствующая сдвигам настроения, действует изматывающе, порождает тягостное ощущение внутренней нестабильности, тревогу и неуверенность.

Гебоидный синдром. Относится к психопатоподобным синдромам, приближается, скорее, к шизоидной психопатии (такому ее варианту, как бесчувственная шизоидия). Проявляется патологическим заострением эмоционально-волевых особенностей, которые характеризуют первую фазу пубертатного криза. Наблюдаются утрата позитивных интересов и склонностей, расторможенность и инверсия влечений, эмоциональная холодность, оппозиционное отношение к общепринятым стандартам поведения и моральным принципам, склонность к асоциальному и делинквентному («совершающему проступки») образу жизни. Данный психопатоподобный синдром встречается при психических заболеваниях в подростковом возрасте.

Псевдология — патологическая лживость. Это склонность к мистификации, систематическому обману окружающих, разного рода махинациям, аферам и авантюрам. Это лгуны, жулики, мошенники, плуты, шулеры, проходимцы, попрошайки и вымогатели разного достоинства, превосходно описанные в отечественной литературе (Чичиков, Г. Распутин, О. Бендер). Нередко обладают блестящими способностями и внушают партнерам невольное уважение. Н. С. Лесков рассказывает об англичанине, который (прочитав «Мертвые души» Н. В. Гоголя) был потрясен находчивостью Чичикова, — «Эти русские непобедимы, — заключил неожиданно иноземец — нельзя победить народ, в котором есть такие жулики». Одним из клинических вариантов патологической лживости является синдром Мюнхгаузена, выражающийся лишенным мотивов выгоды стремлением вводить в заблуждение окружающих и прежде всего врачей относительно состояния своего здоровья. Обман достигается сочинением драматических анамнезов болезни, искусной симуляцией различных патологических состояний, имитацией геморрагии, кожных заболеваний, непроходимости кишечника, припадков и др., наносящих очевидный ущерб здоровью. В зависимости, от объекта имитации различают несколько разновидностей синдрома Мюнхгаузена: кожный, геморрагический, гастроинтестинальный и т. п.

Синдром Агасфера — особенность поведения больных наркоманией, связанная со стремлением получить доступ к наркотическим препаратам. С указанной целью больные пытаются симулировать различные патологические

состояния, болевые синдромы, являющиеся показаниями к назначению наркотических средств, и с этой же целью кочуют из одного стационара в другой, нигде подолгу не задерживаясь из опасений оказаться изобличенными во лжи.

Термин «психопатическая личность» в связи с негативной оценочной характеристикой в настоящее время, похоже, дискредитирован. Вместо него предлагается (МК. Б-10) более нейтральное обозначение «специфические расстройства личности». Критерии последнего адекватны предложенным ранее П. Б. Ганнушкиным. Во многом совпадает и типология аномальных личностей, если не считать некоторых отличий в группировках и терминологии. Согласно МКБ-10, различаются: параноидное, шизоидное, эмоционально-неустойчивое, истерическое, ананкастное (обсессивно-компульсивное), тревожное (уклоняющееся), зависимое, а также «другие», «неуточненные» и «смешанные» расстройства личности.

Параноидное расстройство личности характеризуют:

- чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам;
- высокомерие, злопамятность, повышенная самооценка;
- подозрительность, склонность оценивать нейтральное поведение окружающих как недружественное, враждебное;
- морально-этический эгоцентризм;
- склонность к ревности;
- тенденция усматривать тайные мотивы враждебности окружающих там, где в действительности таковых не существует. К данному типу аномальной личности относят фанатиков, экспансивных и сенситивных параноиков, сутяг.

Шизоидное расстройство личности отличают:

- эмоциональная холодность, неспособность испытывать удовольствие, любить, проявлять теплые чувства;
- нечувствительность к оценкам окружающих и социальной регламентации поведения;
- повышенная склонность к интроспекции, фантазиям, умозрительным построениям;
- отчуждение от людей, общества, склонность к уединенной

деятельности;

— отсутствие близких людей, дружеских и доверительных связей (или существование лишь одной такой связи), а также нежелание иметь такие связи.

Диссоциальное расстройство личности характеризуют:

— бессердечие, жестокость, безответственное и пренебрежительное отношение к существующим в данной культурной среде стандартам приемлемого поведения;

— неспособность завязывать и поддерживать межличностные контакты;

— интолерантность к ситуациям фрустрации, brutальные проявления агрессии;

— отсутствие чувства вины, неспособность извлекать уроки из негативного опыта, в частности, наказания;

— наличие «непробиваемых» барьеров психологической защиты в виде тенденции обвинять других и оправдывать себя.

К данному типу личности относят «социопатов», аморальных, асоциальных и антисоциальных индивидуумов, психопатическое расстройство личности.

Эмоционально неустойчивое расстройство личности характеризуют:

— неустойчивое настроение;

— тенденция действовать импульсивно, без учета контекста ситуации и возможных последствий поступков;

— неспособность планировать и прогнозировать развитие событий;

— значительное снижение эмоционального контроля;

— склонность к неконтролируемым агрессивным действиям.

В рамках данного типа аномальной личности рассматривают собственно импульсивный тип (эксплозивное и агрессивное расстройство личности) и пограничный тип личности.

Последнему свойственны хроническое чувство опустошенности и нарушения идентификации «Я».

Связанная с этим склонность к эмоциональным кризисам

выражается актами аутоагрессии, суицидальными угрозами, аутодеструктивным поведением. В. Франкл усматривает в этом проявления «ноогенного невроза», связанного с экзистенциальной фрустрацией.

Истерическое расстройство личности характеризуют:

- аффектация, преувеличение и наигранное выражение чувств;
- повышенная внушаемость и самовнушаемость, негативизм, упрямство;
- стремление обольщать окружающих и повышенное внимание к своей внешности;
- повышенная активность, имеющая целью быть в центре внимания окружающих;
- поверхностность и неустойчивость эмоциональности;
- манипулятивное поведение в разнообразных ролях («больных», «несчастливых», «беспомощных», «соблазнитель» и т. п.).

Ананкастное расстройство личности отличают:

- чрезмерная осторожность, мнительность;
- приверженность к неукоснительному выполнению установленных правил, инструкций, норм, порядка, педантичное следование социальным условностям;
- перфекционизм, стремление к совершенству, избыточная мотивация поведения;
- приоритет добросовестного исполнения обязанностей в ущерб удовольствию и межличностным связям;
- авторитарность, стремление все контролировать, ограничение свободы действий других, которые, по мнению пациента, должны все делать в точности так, как он сам;
- склонность к навязчивым мыслям и влечениям. Тревожное расстройство личности характеризуют:

- постоянное общее чувство напряженности и мрачные предчувствия;
- снижение самооценки, касающееся социальных,

внутренних и внешних качеств собственной личности;

— болезненно острая реакция в ответ на критику или неприятие в социальных ситуациях;

— уклонение от межличностных контактов, если нет гарантии понравиться;

— боязливость, избегание риска, сужение жизненного круга из-за потребности в физической безопасности; — проблемы самоактуализации, связанные с механизмом самореализующегося пророчества», то есть

с ожиданием неудач, критики, отвержения.

Зависимое расстройство личности характеризуют:

— неспособность самостоятельно принимать решения, выражать требования и защищать свои интересы;

— страх оказаться неспособным к самостоятельной жизни, быть предоставленным самому себе;

— повышенная потребность в советах, поддержке, помощи;

— отсутствие ясных представлений, касающихся самоидентичности, жизнь «по чужим рецептам».

К данному типу относят астеническую, неадекватную, а также пассивную и «пораженческую» личности.

В особую группу «других специфических расстройств личности» включают эксцентрических «безудержных», инфантильных, пассивно-агрессивных личностей, а также «психоневротическое расстройство личности».

Сравнение описания и типологии аномальных личностей по МКБ-10 с отечественной не показывает очевидных преимуществ первой перед второй. Более того, МКБ-10 исключает такие традиционные типы расстройств личности, как тимопатические, эпилептоидные. Она, как и другие типологии, основана скорее на эмпирических подходах к разграничению типов личности. При этом акцент делается на биологических причинах формирования аномальной личности без учета того факта, что развитие личности связано также с семейными, социально-психологическими, культурными и духовными влияниями.

От «специфических расстройств личности» отличают «хроническое изменение личности после переживания

катастрофы». Примерами стресса катастрофы могут быть пребывание в концентрационных лагерях, положение в блокаде, плену или в качестве заложника с постоянными ожиданиями быть убитым, инсценирование смертной казни, казни близких людей, стихийные бедствия, пытки и т. п. Индивидуальная уязвимость в отношении подобных стрессов не имеет основного значения, так как упомянутые или подобные им ситуации выходят за рамки того, что способен перенести человек.

Хроническим изменениям личности после переживания катастроф может предшествовать фаза манифестного посттравматического расстройства (психоза). Собственно изменения личности являются хроническими, длящимися минимум два года, выражаются стойкими нарушениями адаптации и разрывом межличностных связей. Паттерн изменений личности после катастроф включает:

- враждебное или недоверчивое отношение к миру;
- социальную отгороженность;
- переживание опустошенности и безнадежности;
- ощущение существования «на грани» с постоянным ожиданием угрозы и повторения катастрофы;
- отчужденность.

В дополнение к описанным ранее реакциям личности на болезнь упомянем о пока что малодифференцированном «хроническом изменении личности после психической болезни», наблюдающемся после окончания душевной болезни, в частности, шизофрении. Его характеризуют следующие клинические признаки:

- чрезмерная зависимость и требовательное отношение к другим;
- убежденность в наличии такой степени внутренней измененности, которая делает неспособным формировать и поддерживать тесные и доверительные отношения в личностном и социальном плане;
- аспонтанность, снижение интересов к занятиями досугу;
- ипохондричность, постоянные жалобы на болезнь;
- неустойчивое и дисфорическое настроение;

— значительное снижение в социальном и трудовом функционировании в сравнении с преморбидным периодом.

Хроническое изменение личности после психической болезни может быть установлено спустя два года и более после окончания болезни, если оно не связано с обширным повреждением или болезнью мозга. Вероятно, подобные изменения личности возникают также после тяжелых, инвалидизирующих соматических заболеваний.

Патохарактерологические реакции.

Патохарактерологическими реакциями называют психогенно-обусловленные отклонения поведения детей и подростков, приводящие к нарушениям социальной адаптации и сопровождающиеся выраженными невротическими расстройствами (сна, активности, настроения, соматовегетативной регуляции и т. п.) (Ковалев, 1979). От характерологических (ситуационных), то есть считающихся адекватными, патохарактерологические реакции отличаются тем, что неправильные поступки становятся привычными, стереотипными, плохо корригируются и сочетаются с невротическими явлениями. Основной причиной патохарактерологических реакций считают чрезмерные в том или ином отношении требования авторитарных родителей и педагогов (например, хорошо учиться, когда ребенок испытывает в этом серьезные затруднения; правильно говорить, если существует дефект речи; беспрекословно подчиняться, в то время как здоровым детям свойственна спонтанность и стремление к самостоятельности и т. п.). Кроме того, их появлению способствуют неблагоприятная психологическая и духовная атмосфера, препятствующая нормальному развитию личности, резидуально-органическая недостаточность головного мозга, соматическое неблагополучие, стандартизация воспитательных подходов.

Различают реакции протеста, отказа, компенсации, эмансипации, группирования, дисморфореакции, рефлексии.

Реакции протеста или оппозиции проявляются непослушанием, дерзостью, агрессией, псевдоперверсным поведением, то есть стремлением досадить кому-нибудь косвенным путем, например, кражей вещей, оговорами, мучительством животных, принадлежащим объектам антипатии, актами вандализма — активные формы протеста. Пассивные реакции протеста проявляются отказами от еды, уходами из дома и школы, мутизмом, суицидальными действиями, актами рвоты, энуреза (ночного, реже — дневного упускания мочи) и энкопреза (недержанием кала).

Реакциями отказа называют состояния подавленности со страхами нового, замкнутостью, аспонтанностью и подавлением желаний и стремлений, а также «бездумным» характером ответов. Описаны у детей в сиротских приютах. Реакции компенсации, как проявление активности механизмов психологической защиты, свойственны детям с комплексом неполноценности. Это фантазирование, мелкие кражи, компенсаторные игры, бравада, хвастливость. Реакции эмансипации сходны с активными формами протеста, наблюдаются у подростков. Проявляются подчеркнутым игнорированием требований взрослых, стремлением действовать наперекор существующим ограничениям и нормам. Реакции группирования, в норме свойственны детям и подросткам, в рамках отклоняющегося поведения проявляются отождествлением с антисоциальными и асоциальными группами: панками, гопниками, люберами, хиппи, наркоманическими, делинквентными, многими другими группами. Дисморфореакции — нестойкие и поверхностные, не нарушающие адаптации проявления недовольства своим внешним видом. Рефлексиореакции — преходящие и в целом не выходящие за рамки нормы состояния обеспокоенности, предметом которых являются внутренние, психологические процессы.

Патохарактерологические реакции, если не устраняются их причины, могут сохраняться на протяжении ряда лет. Существует опасность развития стойких нарушений структуры личности и формирования краевой психопатии.

Синдромы инфантилизма. Инфантилизм — задержка личностного развития на более ранней возрастной ступени. Неясность понятия в первую очередь касается критериев, на основе которых определяется нормальный уровень зрелости личности в различные периоды жизни. Очевидно, что незрелой личность может быть в любом возрасте и нужны, следовательно, дифференцированные критерии для каждого возрастного периода. Кроме того, существует множество причин инфантилизма (заболевания, органические повреждения головного мозга, конституциональные, социальные факторы), так что клиническая его структура весьма неоднородна. Инфантилизмом (вторичным) называют также регрессию личности, наступившую вследствие болезни. Различают несколько форм инфантилизма (Вроно, 1973).

Простой или гармонический инфантилизм характеризуется сочетанием физической и личностной незрелости, причём в структуре последней преобладает недоразвитие эмоционально-волевых функций (снижение уровня мотивации

поведения, несамостоятельность, внушаемость, эмоциональная нестабильность, неадекватная самооценка).

Дисгармонический инфантилизм проявляется незрелостью психологических функций при нормальном или даже ускоренном физическом развитии. В крайних своих проявлениях идентичен психопатическому складу личности, однако степень незрелости может колебаться в широком диапазоне.

Органический инфантилизм наблюдается на фоне органической недостаточности головного мозга и сочетается с проявлениями психоорганического синдрома, включая интеллектуальную недостаточность. Не имеет четко обозначенных границ, отделяющих его от олигофрении.

Инфантилизм, связанный с эндокринной патологией, сочетается с проявлениями психоэндокринного синдрома. Так, гипогенитализму присущи снижение активности, эмоциональная лабильность, несамостоятельность, задержка моторного развития, чувство неполноценности и различные защитные стратегии (склонность к общим рассуждениям, хвастовство). Детей с гипофизарным субнанизмом отличает необычная рассудительность («маленькие старички»), циклотимоподобные колебания настроения, аутизация, а также неустойчивость поведения, повышенная внушаемость.

Инфантилизму, возникающему под влиянием изнеживающего воспитания («кумиры семьи»), свойственны нарциссизм, претенциозность, капризность, неспособность к усилиям, ориентация на внешнюю оценку, гипертрофированное представление о своем социальном «Я».

Проявление инфантилизма с годами могут сглаживаться, но они часто сохраняются у так называемых примитивных личностей, акцентуантов или позже оцениваются как признаки психопатической личности.

Динамика психопатии. Психопатии не относятся к числу прогрессирующих психических заболеваний со свойственными последним началом в определенном возрасте, этапностью течения, закономерной сменой клинических проявлений, типичными исходами в дефект. Вместе с тем установлено, что психопатии не являются также стационарными, застывшими аномалиями структуры личности. Многочисленными исследованиями, и это в первую очередь относится к трудам отечественных авторов, показано, что психопатические личности, вообще отличающиеся высокой ранимостью к влиянию психогенных, ситуационных, соматогенных и биологических (возрастные кризисы, генеративные циклы,

менструации) факторов, обнаруживают различные формы клинической динамики. Принято разграничивать два типа динамики психопатий: возрастную или эволютивную и патологическую.

Эволютивная динамика психопатий тесно связана с возрастной эволюцией. Периоды возрастных кризов (пубертатный, инволюционный) являются наиболее опасными в плане декомпенсации аномалий личности. Наблюдающееся при этом усиление, заострение психопатических черт сочетается с нарушениями личности, привнесенными собственно возрастными (в первую очередь эндокринными) влияниями. Так, в первой фазе пубертатного криза (11 — 15 лет) на первый план выступают лабильность настроения и неуравновешенность поведения, бурные аффективные реакции, оппозиционное отношение к близким, повышенная ранимость; во второй фазе криза (16—20 лет) превалируют односторонние, сверхценные интересы и увлечения, явления метафизической интоксикации, обострение рефлексии, максимализм в оценках и требованиях, повышенное внимание к своим психологическим и физическим данным. В периоде возрастной инволюции наблюдаются состояния декомпенсации с аффективными нарушениями (пессимизм, неуверенность в себе, тревога), истерическими, ипохондрическими явлениями, сутяжными тенденциями. Старение особенно много проблем ставит перед личностями, не достигшими подлинной духовной зрелости, и главной из них является экзистенциальная фрустрация — внутренняя пустота, скука, одиночество, разочарование, страхи, сожаления о прошлом. Начиная с 20—25 лет у большинства психопатических личностей, особенно при наличии благоприятных обстоятельств жизни, наступает смягчение характерологических аномалий, становится возможной достаточная компенсация и социальная адаптация.

Патологическая динамика психопатии проявляется различными по тяжести и длительности состояниями декомпенсации, выходящими за рамки усиления характерологических особенностей и часто приближающимся к психотическому уровню нарушений. Возможны разнообразные психотические расстройства. К проявлениям патологической динамики относятся: спонтанные (аутохтонные) фазы, патологические реакции и развития личности (Ганнушкин, 1993).

Фазы или приступы возникают у психопатических личностей без видимых причин. Клинически обнаруживаются аффективными сдвигами (депрессии, дисфории) различной степени выраженности и продолжительности, по завершении которых наступает возврат к состоянию, бывшему до начала

приступа. Природа психопатических фаз не может считаться окончательно установленной? клиническая картина их может быть сходной с невротами, эндогенными колебаниями настроения, состояниями типа эндореактивной дистимии Вайтбрехта, депрессии истощения Кильхгольца, вегетативной депрессии Лемке, депрессии почвы Шнейдера.

К патологическим реакциям относятся шоковые реакции, психопатические реакции и затяжные реактивные состояния. Шоковые реакции («психозы ужаса») — наиболее острые формы реактивных психозов, проявляющиеся спутанностью сознания, хаотическим психомоторным возбуждением либо двигательной заторможенностью вплоть до полного оцепенения, острыми эндокринными и вегетативными нарушениями, а также амнезией на время психоза. Психопатические реакции — ситуационно обусловленные и, как правило, непродолжительные состояния резкого усиления облигатных либо факультативных аномальных черт личности. Реактивные состояния — патологические реакции с психотической или невротической симптоматикой, возникающие в ответ на воздействие психических травм или неблагоприятной ситуации, нередко продолжительные, затяжные.

Патологическое развитие личности — стойкое усиление манифестных, факультативных или латентных аномальных черт психопатической личности, возникающее в ответ на длительные неблагоприятные взаимоотношения с внешним миром. В психологическом плане патологическое развитие личности представляет собой усиление свойственных ранее либо до того скрытых эгоцентрических тенденций поведения. Это ревность, нарциссизм, накопительство, враждебность, беспокойство своим душевным комфортом, личным благополучием, здоровьем, состоянием половых функций, социальным престижем и внешностью. Любая из этих тенденций может получить развитие в зависимости от конкретности фрустрирующей ситуации. Примерами наиболее часто встречающихся клинических вариантов патологического развития личности являются сутяжно-паранойальное, ипохондрическое, депрессивное, другие его виды. Некоторыми авторами патологическое развитие личности подразделяется на конституциональное или психопатическое (то есть обусловленное внутренним предрасположением) и психогенное или постреактивное (возникающее после реактивных состояний или связанное преимущественно с длительными и тяжелыми психотравмирующими ситуациями). Существуют и другие формы патологического развития личности: невротическое (то есть находящееся в связи с длительно протекающим невротом), патохарактерологическое (в виде стойкой

фиксации патохарактерологических реакций), ананкастическое (с появлением и персистированием навязчивостей). Описывают также постреактивное развитие личности, наблюдающееся вслед за реактивным психозом. Дело, по-видимому, не только в факте самого психоза, а скорее в том, что психическая травма (например, потеря) лишила человека важнейших ценностей, и образовавшийся вакуум ему не удастся заполнить ничем другим. Так, после психогенной депрессии от потери близких людей больной может не оправиться всю свою последующую жизнь, воспринимать ее и все окружающее лишенным смысла, постепенно сужая сферу социальной активности и замыкаясь на себе — депрессивное развитие личности. В связи с перенесенным психическим заболеванием и психопатоподобными изменениями личности могут наблюдаться постпроцессуальные развития личности, например, истеро-ипохондрическое, параноическое и др. Патологической динамике личности могут способствовать и негрубо протекающие болезненные процессы.

Психопатическая конституция обнаруживает тесные связи не только с психогенно обусловленными болезненными состояниями, она, несомненно, имеет непосредственное отношение и к эндогенным психозам. Известно, что психопатический склад личности может служить почвой, располагающей к развитию таких заболеваний, как шизофрения, циркулярный психоз. Так, шизоидный тип психопатии является фактором, повышающим риск заболевания шизофренией, аффективный тип — циркулярного психоза. Влияние психопатического склада личности сказывается на проявлениях, особенностях течения, на прогнозе заболевания. Например, циркулярный психоз, возникая на гомономной конституциональной почве, то есть на фоне психопатии аффективного типа, протекает в целом более типично и благоприятно по сравнению с теми случаями, когда он развивается на гетерономной основе, то есть на почве иных психопатических аномалий личности.

Состояния, напоминающие психопатические деформации личности и возникающие в качестве манифестных проявлений или исходов эндогенных и экзогенно-органических заболеваний, обозначаются термином психопатоподобные состояния. Психопатоподобные состояния, например, могут наблюдаться при медленно текущей шизофрении, возникать в результате перенесенных черепно-мозговых травм, встречаться в дебюте психозов пожилого и позднего возраста, формироваться при хронических интоксикациях (алкоголизм). Личностные девиации, не достигающие степени психопатии, обозначаются как акцентуации личности. Для них считают

типичным усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенному рода влияниям на психику (психотравмирующим ситуациям, нервно-психическим перегрузкам) при хорошей или повышенной устойчивости к другим. Различают циклоидный, боязливый, шизоидный, застревающий (параноидный), эпилептоидный, демонстративный, гипертимный, дистимный, неустойчивый (экстравертированный) и конформный типы акцентуации личности. Если учесть, что акцентуации это все-таки нормальные состояния личности, то терминология, стиль их описания могут служить примером того, как явления нормы оцениваются с позиций патологии и в отрыве от общего личностного контекста. Акцентуация характера может быть явной и скрытой. В последнем случае имеется в виду не преодоление отклонений путем формирования более высоких инстанций личности, а временная и хрупкая компенсация посредством включения защитных механизмов. В зрелом возрасте акцентуация обнаруживается лишь при сложных психогенных воздействиях, адресованных «слабому звену» личности.

ГЛАВА 4. СИНДРОМЫ АФФЕКТИВНОЙ ПАТОЛОГИИ

Психопатология. Часть II

В.А. Жмуров

В данном разделе будут описаны апато-абулический, маниакальный синдромы, мания и депрессивный синдром.

Апато-абулический синдром. Это сочетание апатии, безразличия, индифферентности с резким ослаблением или полной утратой побуждений к деятельности, интересов, спонтанностью, бездеятельностью, не прерывающейся и под влиянием побуждений извне. Наблюдается при простой форме шизофрении.

Маниакальный синдром. Его характеризует классическая триада признаков: немотивированное повышение настроения — гипертимия; усиление побуждений к деятельности и повышенная активность — гипербулия; ускоренный темп течения ассоциативных процессов — тахифрения.

Гипертимия — безмятежное, приподнятое, солнечно-радостное, ликующее настроение с ничем не омрачаемым оптимизмом, искрящимся, заражающим весельем, захватывающим переживанием душевного подъема и беспредельного счастья, восторженностью, гиперпродукцией соответствующих выразительных действий. Отрицательные эмоции (страх, тревога, удрученность и др.) не возникают, но этого нельзя сказать

о таких эмоциональных проявлениях, как недовольство, озлобленность, гневливость или ненависть.

Тахифрения — ускорение течения ассоциаций с обилием легко возникающих мыслей и представлений, поверхностным (ассоциативным) характером суждений, повышенной отвлекаемостью, гипермнезией. Содержание мышления соответствует господствующему фону настроения: остроты, каламбуры, анекдоты, веселые истории, стихи, воспоминания о приятных или забавных эпизодах жизни. Реально существующие проблемы оставляются без внимания или рассматриваются в контексте радужного настроения. Повышена самооценка, явно преувеличиваются свои способности, возможности.

Гипербулия — чрезмерная, избыточная активность с немедленной реализацией множества возникающих побуждений к деятельности, частым переключением с одного занятия на другое, в результате чего дела остаются незавершенными; обилием всевозможных проектов, планов и намерений. Повышена потребность в общении. Больные говорливы, во все вмешиваются, переустраивают свои дела, совершают многочисленные покупки, предлагают и пытаются осуществить различные преобразования на работе, наносят визиты, пишут стихи, звонят, окружают себя массой новых знакомых и т. д.

Маниакальный эффект сопровождается очевидными витальными изменениями: больные не испытывают усталости, недомогания, неприятных физических ощущений (исключение составляют сравнительно редкие случаи, так называемой ипохондрической мании). Характерно чувство полного физического благополучия, прилива сил, энергии. Многие пациенты чувствуют себя помолодевшими, освободившимися от «гнета возраста», как бы «заново родившимися». Нарушен сон: суточная норма сна резко сокращается. Усиливается половое влечение, аппетит. Наблюдаются вегетативные и нейроэндокринные расстройства: учащение пульса, дыхания, склонность к артериальной гипертензии, гиперсаливация, повышение тургора кожи, похудание, блеск глаз и др. У женщин нарушается менструальный цикл.

Различают четыре степени выраженности маниакального аффекта.

В начальной стадии мании — циклотимической — появляются вышеописанные витальные изменения, хорошее настроение, усиление деятельности,

продуктивность которой может быть даже повышена. Поведение в целом не нарушено, хотя больные приносят ускоренный, суматошный ритм в дела, нарушают покой окружающих. На стадии простой мании отчетливы внешние проявления повышенного настроения: излишнее оживление, чрезмерная и необоснованная веселость, громкий смех, многоречивость и др. Продуктивность деятельности падает из-за повышенной отвлекаемости внимания. Мышление становится поверхностным, ассоциации возникают преимущественно по внешним признакам. Нарушается поведение, выделяются отчетливые признаки регресса мотивации: больные делают долги, заводят сомнительные знакомства и легкомысленные связи, вовлекаются в кутежи, забрасывают дела. Становится очевидной повышенная самооценка. Стадия психотической мании характеризуется постоянным речедвигательным возбуждением и гиперпродукцией выразительных действий (больные поют, пляшут, декламируют, сердятся, оживленно жестикулируют). Речь приобретает вид монолога, голос становится хриплым. Отвлекаемость внимания достигает степени гиперметаморфоза. Мышление ускоряется до скачки идей. Подъем настроения дополняется восторженностью, переживанием счастья и идеями о счастливливании других. Самооценка и личные планы имеют бредоподобный характер: больные собираются стать знаменитостями, выдающимися деятелями и т. п. Речедвигательное и моторное возбуждение может доходить до неистовства, бессвязной речи, беспорядочной агрессии. На стадии маниакальной парафрении появляются бредовые идеи величия, часто нелепо фантастические. Эти идеи, однако, нестойки, сознание и личность больных не охвачены ими. Содержание бредовых идей отражает безраздельное господство оптимистического мировосприятия, ощущение уверенности в своих необыкновенных возможностях.

К числу описанных следовало бы, по нашему мнению, добавить также соматизированную манию, характеризующуюся повышением активности, витального самочувствия, усилением биологических влечений, выявлением скрытых ранее нарушений ориентации сексуального влечения, психопатоподобным поведением. Явных проявлений собственно аффективной патологии при этом не наблюдается, хотя со стороны органических эмоций отмечаются такие сдвиги, как обострение чувства приятного, усиление ощущений удовольствия, мышечной радости, бодрости, притупление болевой чувствительности. и ощущений физического дискомфорта.

В зависимости от особенностей клинической структуры маниакального синдрома различают группы простых и сложных маниакальных состояний. К числу простых относят гипертимическую, гневливую, непродуктивную и спутанную манию.

Гипертимическая мания характеризуется равномерной выраженностью всех компонентов маниакальной триады. Аффективное состояние определяется доминированием веселости, радостной, праздничной приподнятости, восторженности, ликования. Гневливая мания — на фоне повышенного настроения отчетливо выражены или выступают на первый план раздражительность, огненная вспыльчивость, гневливость, в ряде случаев — агрессивность. Непродуктивная мания (веселая, бездеятельная) — повышение настроения, не сопровождающееся ускорением мышления и усилением побуждений к деятельности. Спутанная мания — маниакальное состояние с резким ускорением ассоциативных процессов вплоть до бессвязности мышления.

К сложным вариантам синдрома относят маниакальные состояния, сочетающиеся с острым чувственным бредом преследования, бредом инсценировки, острым фантастическим бредом — маниакально-бредовый синдром, конфабуляциями — конфабуляторная мания, галлюцинациями — маниакально-галлюцинаторный синдром, псевдогаллюцинациями и другими симптомами психического автоматизма — маниакально-параноидный синдром, сновидным помрачением сознания — онейроидное маниакальное состояние, кататоническим ступором — мания со ступором. В структуре маниакального состояния могут наблюдаться сенестопатии, ипохондрические явления — ипохондрическая мания, а в редких случаях — суицидальные тенденции.

Непродуктивная мания и мания со ступором рассматриваются также в группе смешанных аффективных состояний, возникающих, как предполагается, в результате замещения отдельных признаков одного аффективного синдрома признаками другого (в данном случае — депрессивного).

Маниакальные состояния наблюдаются при эндогенных психозах (циклотимия, маниакально-депрессивный психоз, периодически и шубообразно текущие формы шизофрении), в клинической структуре симптоматических, инфекционных и органических заболеваний головного мозга (черепно-мозговая травма, прогрессивный паралич,

опухоли и др.), эпилептических психозов.

Мория. Незначительный подъем настроения сочетается с расторможенностью низших влечений, беспечностью, дурашливым («мория» — «глупость») поведением с неуместными, нелепыми шутками и выходками, стремлением «похохмить», устроить переполох, панику среди присутствующих. Ускорения течения ассоциаций и оживления деятельности не наблюдается. Возможно появление легкой оглушенности сознания. Мория встречается при опухолях лобно-базальной локализации (синдром Фостер-Кеннеди), черепно-мозговых травмах, интоксикациях. К синдромам аффективной патологии мория относится условно.

Депрессивный синдром. Включает следующую триаду признаков: аутохтонное или возникшее по другим причинам снижение настроения — гипотимия, заторможенность мыслительной деятельности — брадифрения, ослабление побуждений к деятельности и общее снижение активности — гипобулия. Наблюдаются также ипохондрические явления, симптомы психической анестезии, деперсонализации и дереализации, разнообразные вегетативные и нейроэндокринные расстройства, нарушения сна и других витальных функций.

Гипотимия характеризуется большой структурной сложностью, выражающейся в одновременном сосуществовании различных нарушений: меланхолической подавленности настроения, тревоги и страхов, дисфорических, апатических, адинамических, депрессивно-параноидных, ипохондрических, истерических явлений, суицидальной настроенности, психической анестезии, и, помимо витальных, аффективных и невротических расстройств также психотическими явлениями. Мы умышленно выходим за узкие рамки психологической трактовки гипотимии с целью подчеркнуть сложность данного клинического феномена.

Меланхолическая подавленность настроения в относительно неглубоких состояниях депрессии — это депримированность, удрученность, опечаленность. Глубокая подавленность характеризуется преобладанием тоскливого аффекта. Субъективно это не тоска, а состояние траура, чувство, «будто безвозвратно потеряно самое главное». Депрессивным пациентам вообще трудно описывать свои переживания. Не только из-за свойственной им скованности мышления, но также потому, что очень сложно словами передать настроение, особенно если оно не связано с какими-нибудь определенными

причинами. При циркулярной депрессии тоска с самого начала приобретает витальный оттенок: исчезает чувство бодрости, доминирует слабость, немощность, нарушаются сон, аппетит, половые функции, появляются тягостные ощущения тяжести, боли, давления, сжатия, локализованные чаще всего в области сердца (в чувашском языке понятие «тоска» передается, например, выражением «сердце болит»). Физические ощущения могут быть в других частях тела. Любопытно, что там же пациенты локализуют и тоску. Так, некоторые больные указывают, что тоска ощущается в бедре или в боку. Характерны безотчетное чувство вины, угрызения совести, обнажение и ревизия всей прошлой жизни с фиксацией внимания на ее ошибках и проступках, тяжесть которых преувеличивается — моральные страдания или душевная боль (психалгия). Мучительность последней превосходит все, что способен вынести человек и не идет ни в какое сравнение с тяжестью большинства физических страданий. Резко понижена самооценка, гнетет чувство потери перспективы, будущего, ощущение «тупика жизни», обреченности, безысходности. Пациенты требовательны к себе без меры. Так, школьник говорит о «периоде зубрежки», когда он заставлял себя до утра заучивать материал «от корки до корки», не прощая мелких неточностей и отклонений от правила следовать образцам совершенства в учебе и поведении. Это, однако, не спасало его от ощущения того, что он «гадкий утенок». У пожилых больных возникает чувство усталости от жизни, пресыщенности, отвращения к ней, желание смерти. Меланхолической подавленности обычно сопутствует идеаторное торможение (аспонтанность, замедление течения мыслей, представления, нарушения репродуктивной памяти, снижение яркости впечатлений и непрочная фиксация их в памяти, рассеянность, ослабление планирования последовательности действий). Психомоторное торможение может достигать степени двигательного оцепенения. На этом фоне порою возникают взрывы отчаяния с двигательным возбуждением и суицидальными попытками — меланхолический раптус. Пациенты мечутся, стонут, разрывают одежду, царапают, кусают себя, катаются по полу, пытаясь унять нестерпимую душевную боль.

В структуре гипотимии постоянно встречаются разнообразные страхи и тревога. В легких случаях это психологически понятные, хотя и преувеличенные опасения, связанные с реальными событиями — семейными и служебными проблемами, болезнями близких и т. д. Повышенная боязливость, неуверенность, мнительность, нерешительность, навязчивые сомнения, опасения и страхи составляют то, что обозначают как психастенические

явления в депрессии (Каннабих, 1914). Нередко появляются беспредметное беспокойство, «внутреннее» волнение, безотчетное предощущение беды, ужасного финала, напряженность, акатизия. Тревога может возникать острыми приступами, во время которых пациенты «не находят места», испытывают необъяснимую потребность бежать, кричать, подвергают себя самоистязаниям— тревожное возбуждение, сопровождаемое вербигерацией, страхом сойти с ума, растерянностью.

Дисфорические явления — в подавленном настроении отчетливо представлены мрачность, угрюмость, недовольство, ворчливость, брюзжание, вспышки гнева. Недоброжелательность к окружающим сочетается, как правило, с недовольством собой, самоосуждением, иронией, саркастическим отношением к себе, аутоагрессией — временами «кажется, убил бы себя», острой ненавистью по отношению к себе. «Мерзавец, подлец, негодяй» — далеко не самые сильные выражения таких пациентов о себе.

Апатические явления — жалобы на равнодушие, ослабление интересов, утрату желаний, безучастность, субъективно переживаемое как болезненное состояние: «Все стало безразлично, ни к чему душа не лежит... Все отдал бы, чтобы чего-нибудь захотеть... Ни на что глядеть неохота, лег бы да лежал, отвернувшись к стене...». Подчеркнем, что, в отличие от апатии в рамках дефектных состояний, депрессивная апатия осознается пациентами как ненормальное и очень тягостное явление.

Адинамические явления — жалобы на ослабление либо потерю побуждений к деятельности, осознаваемую как факт болезни: «Все делаю с трудом, через силу... Знаю, что надо делать, а заставить себя не могу... Делаю по обязанности — не по желанию, как раньше... Раньше все получалось само собою, а теперь пустяка сделать не могу, каждый раз приходится насиловать себя... Постоянно тяну резину, откладываю дела на потом, начинаю шевелиться в самый последний момент, когда оттягивать уже некуда... Ленивый стал, ругаю себя, скоро мухи в рот класть яйца начнут...».

Депрессивно-параноидные явления — больные полагают, что окружающие обвиняют, осуждают их, враждебно к ним настроены. Наблюдаются бредовые идеи отношения, преследования; при этом больные не чувствуют себя безвинно преследуемыми, считая, что вполне это заслужили. «Вина» состоит в мнимых погрешностях или

сильном преувеличении случавшихся ранее недостойных поступков (Peters, 1970). Название «депрессивно-параноидные явления» неудачно; в отечественной психиатрии этот термин может быть истолкован как указание на депрессию, сочетающуюся с психическими автоматизмами.

Разочарование — чувство потери основных жизненных ценностей, реализация которых субъективно переживается как смысл жизни — экзистенциальный компонент депрессии. Ценности — это всегда нечто объективное, вынесенное во вне. Дверь к счастью, писал Кьеркегор, открывается наружу. Обесценивание, весьма типичное явление при депрессии, выражается изменением отношений ценности с окружающим миром. Возможно, что это связано с эгоцентрической ориентацией личности и типичным при этом поиском причин происходящего вне себя. Все вокруг кажется суетным, ничтожным, бессмысленным, пустым или наводящим скуку, воспринимается под знаком неизбежной гибели, смерти. У других пациентов обесценивание относится к себе. Собственное существование, дела, заботы, достижения и планы воспринимаются как лишённые всякого смысла. Личная жизнь расценивается как «игра», которой можно позабавиться, увлечься, на время забыться, однако в ней нет ничего достойного, чем следует дорожить, нет ничего прочного, незыблемого, заслуживающего сколько-нибудь серьезного отношения. Жизнь кажется карточным домиком, готовым в любой момент рассыпаться, тонким слоем цветного лака, под которым ничего больше нет, чем-то слишком хрупким, воздушным и зыбким, чтобы в ней можно было обрести опору, ощущение твердой почвы. Все в теперешней жизни кажется слишком будничным, унылым, однообразным, дни тянутся медленной вереницей, они, как две капли воды похожи один на другой и ничем непримечательные, не оставляют впоследствии никаких воспоминаний. В качестве примера из художественной литературы сошлемся на следующий монолог Гамлета: «Мне так не по себе, что этот цветник мироздания, земля, кажется мне бесплодною скалою, а этот необъятный шатер воздуха с неприступно вознесшейся твердью, этот, видите ли, царственный свод, выложенный золотою искрою, на мой взгляд, — просто-напросто скопление вредных и вонючих паров. Какое чудо природы человек! Как благороден разумом! С какими безграничными способностями! Как точен и поразителен по складу и движениям! В поступках как близок к ангелу! В воззрениях как близок к богу! Краса вселенной! Венец всего живущего! А что мне эта квинтэссенция праха?..». Стремясь избавиться от гнетущего чувства смыслоутраты и

пытаясь ни о чем не думать, депрессивные пациенты бывают склонны к острым ощущениям, рискованным предприятиям, порою подвергают себя смертельной опасности, совершенно не испытывая при этом страха. Скорее напротив, они чувствуют известное облегчение, на время захваченные потоком жизни. Встречаются также злоупотребление алкоголем, наркотиками, склонность к азартным играм, бретерству, уход в работу, секс, другие формы аддикции.

Переживание смыслоутраты не всегда бывает столь полным. Процесс разрушения представлений о ценностях затрагивает духовные инстанции личности и именно с этим связана «мировая скорбь» депрессивных пациентов. В меньшей степени это касается социальных ценностей. Многие больные, в частности, сохраняют интерес к работе, нередко погружаясь в нее с головой, а иногда превращаясь в трудоголиков (работоголиков). Чаще сохраняются или даже выходят на первый план личные ценности, например, беспокойность состоянием здоровья, пострадавшей внешностью, изменением половых функций, поколебленным имущественным положением, творческими неудачами.

Ценностная переориентация приводит к тому, что депрессивные пациенты становятся одновременно с тем ипохондриками, обнаруживают явления дисморфофобии, сосредоточенность на сексуальных проблемах либо опасениях материального свойства. Переживание личного несчастья, вытесняя из сознания заботу о других, толкает многих депрессивных больных к самоубийству. Если что-то удерживает их от такого шага, то это по большей части нежелание причинить несчастье близким, то есть сохранение социально ориентированных ценностей.

Истериические явления — характерно эгоцентрическое желание произвести впечатление своими страданиями и вызвать тем самым сочувствие окружающих. Явно преувеличивается скорбь—«нечеловеческие страдания, невыносимые муки...». Больше говорится не о несчастье близких, а о своих особо утонченных переживаниях. Внешние проявления депрессии чересчур демонстративны — рыдания, судороги, нанесение легких телесных повреждений и т. п. Сцены отчаяния явно рассчитаны на публику. Высказываются, кроме того, не столько чувство вины, а скорее обида на невнимание окружающих, предъявляются постоянные жалобы на неудачи, плохое здоровье, тяжелую жизнь, сетования на одиночество, заброшенность, беспомощность, отмечается повышенная слезливость (Колесина, 1981). Открыто и театрально

выражаются суицидальные намерения, совершаются демонстративные попытки самоубийства, которые с углублением депрессии могут завершиться трагически.

Ипохондрические явления — опасения, страхи, сверхценные и бредовые идеи, связанные с состоянием здоровья. Могут быть явления гипералгезии, парестезии, разнообразные сенестопатии, другие нарушения общей чувствительности.

Психическая анестезия характеризуется широким кругом расстройств — от переживания эмоциональной ущербности впечатлений (восприятий) и утраты

чувств до явлений телесной анестезии (Shafer, 1880).

Психическая анестезия известна под рядом других названий: чувство неполноты восприятия, неистинность чувств, гипестезия, болезненная психическая анестезия, отчуждение витальных чувств, гипопатия (Janet, 1903; Schilder, 1914; Гаркави, 1945; Тимофеев, 1948; Снежневский, 1970; Меграбян, 1972).

Нарушение чувственного тона может касаться различных видов ощущений — зрительных, слуховых, тактильных, проприоцептивных, висцеральных.

Снижение остроты зрительных ощущений проявляется в том, что интенсивность освещения окружающего кажется значительно меньшей, чем это свойственно нормальному восприятию. Яркое освещение воспринимается тусклым, матовым, вечерним, цвета кажутся угасшими, блеклыми, пастельными, оттенки цвета различаются с трудом, контуры предметов видятся неясными, размытыми, лишенными четких очертаний, иногда слегка колеблющимися, неопределенными. Все вокруг воспринимается «как в тумане, через вуаль, пелену, дымку, завесу», как если бы глаза были «задернуты пленкой, зашторены».

Ощущение притупления слуховых восприятий проявляется в том, что звуки кажутся ослабленными, приглушенными, неотчетливыми, плохо модулированными — «уши как заложены, будто вата в них». Гипестезия кожного чувства выражается жалобами на снижение ясности ощущений осязания, боли, холода, тепла: «Щипаю себя, колю и плохо это чувствую, как будто это не я... Трогаю предметы и не понимаю, холодные они, горячие, твердые или мягкие... Щека как замороженная, ничего не ощущает... Кожа над коленными чашечками будто одеревенела... Руки ниже

локтя как онемели, ничего не чувствуют...».

Ослабление яркости обонятельных и вкусовых ощущений часто наблюдается одновременно. Пища кажется безвкусной, пресной, однообразной, не возбуждает аппетита: «Будто траву жуешь или резину, если не посмотреть,— не разберешь, что во рту...». Плохо ощущаются запахи, как приятные, так и неприятные, их оттенки не различаются.

Встречаются жалобы на снижение остроты или утрату кинестетических ощущений: «Ноги как ватные, плохо чувствую их... Руки онемели, как будто отлежал их...».

Иногда больные с беспокойством отмечают потерю ощущения движений своего тела: «Движения легкие, незаметные, будто суставы смазаны... Все делаю с какой-то необычной легкостью...». Нарушается восприятие положения частей тела: «Закрою глаза и теряю представление, как лежат руки, согнуты или вытянуты ноги, сжимаю кулак или нет... Не чувствую, в какую сторону повернула голову, лежу я или сижу...». Теряется ощущение веса предметов. Больные могут обратить внимание на чувство утраты или ослабления ощущений, исходящих изнутри: «Пусто в груди, животе, будто я полый... Внутри все замерло, затихло, точно там ничего нет...».

Нередко в сообщениях больных фиксируется выпадение целого ряда ощущений одновременно. Это воспринимается как утрата чувства тела или отдельных его частей — телесная анестезия: «Не чувствую затылок, его будто нет... Рук будто бы нет совсем, я их совершенно не ощущаю... Кажется, нет кожи на шее... Тело чувствую до пояса, а ниже вроде ничего нет... Проснулся и не чувствую ног, начал искать их... Тело как исчезло, остались одни глаза... Осталось только сознание, а тела будто нет, я, совсем его не чувствую... Кажется, по улице идет одна моя голова... Чувствую себя человеком, которому отрубили голову, а его тело бежит...».

Угнетение «витальных» чувств или синдром отчуждения витальных чувств Гаркави затрагивает ощущения боли, голода, жажды, насыщения, удовольствия при приеме пищи, полового удовлетворения, чувство телесного комфорта, «мышечной радости» при физической работе, отдыха и бодрости после сна. Депрессивные пациенты не чувствуют боли, жажды, голода, недомогания при соматическом заболевании, температуры и т. д. Характерна потеря чувства приятного — ангедония. Чтобы ни делал

пациент, не доставляет ему непосредственного удовольствия, не приносит удовлетворения, не делает его радостным или веселым. Иногда теряется потребность во сне, приятное ощущение дремоты, предшествующее погружению в сон. Пациенты описывают это так: «Проваливаюсь в сон, не замечаю, как засыпаю, засыпаю как-то внезапно, в одно мгновение». Встречается утрата чувства сна — проснувшись, больные не могут определить, спали они или нет. Чаще они думают, что не спали вообще, хотя, по наблюдениям со стороны, спали достаточно глубоко, а порою беспробудно.

Болезненная психическая анестезия или болезненное бесчувствие — переживание неполноты эмоционального реагирования, оскудения родственных чувств, недостаточности сопереживания и отсутствия эмоционального отклика на окружающее, утраты эмоционально окрашенного отношения к работе, интеллектуальной деятельности, эстетической стороне воспринимаемого, этическим аспектам своего и чужого поведения. Вот как описывает это состояние больная: «Перестала радоваться ребенку, целую его механически, без радости, нежности. Не стало чувств к мужу, близким, воспринимаю их словно чужих. Вообще нет никаких чувств. Раньше боялась покойников, на похороны никогда не ходила; а теперь смотрю на них как мумия, хоть бы шевельнулось что в груди. Нет никакого настроения — ни хорошего, ни плохого, ни грустного, ни веселого, стала как каменная...». Вопреки утверждениям пациентов об отсутствии у них чувств, объективно обнаруживаются живые эмоциональные реакции, включая крайнюю обеспокоенность состоянием. Когда больным на это указывают, они бывают несколько смущены, но при этом неизменно говорят, что улыбаются или плачут «по привычке», «механически», «поверхностно», «не чувствуя ничего в душе».

Уровень личностной значимости осознаваемого бесчувствия может быть различным: наряду с малоактуальной психической анестезией, ограничивающейся сравнительно индифферентной констатацией неполноты чувств, наблюдаются тягостные для больных варианты психической анестезии, где эмоциональная ущербность переживается как сопряженная с ограничением сферы жизнедеятельности и социальной роли личности (Краснов, 1978).

Психическая анестезия считается характерной для депрессии (Корсаков, 1901; Kraepelin, 1909; Schneider, 1921; Морозова, 1968; Пападопулос, 1970). Некоторыми

авторами относится «к ядру» депрессивного синдрома (Schulte, 1961; Walter, 1974). Подчеркивается незначительная выраженность собственно депрессии при возникновении явлений психической анестезии (Haug, 1939; Petrilowitsch, 1956). На близость психической анестезии к деперсонализационным явлениям указывали V. E. Gebattel в 1937 г., E. Stoning в 1933 г., K. Haug в 1939 г., N. Petrilowitsch в 1956 г., K. Leonhard в 1959 г., A. A.

Меграбян в 1962 г., A. В. Снежневский в 1970 г..

Деперсонализация, дереализация — чувство измененности «Я», его утраты, ощущение нереальности окружающего. И. И. Лукомский (1968) указывает, что явления деперсонализации и дереализации могут быть выражены в большей степени, чем собственно депрессивный аффект, особенно при атипичных депрессивных состояниях.

Суицидальные тенденции наблюдаются у многих депрессивных больных. Суицидальная мотивация при этом неоднородна. В ряде случаев она связана с полным обесцениванием собственной жизни. Такие пациенты готовы умереть в любой момент, хотя активных действий могут не предпринимать. «Хорошо бы уснуть и не проснуться... Состояние несчастья затягивает, кажется, оно начинает мне нравиться — я несчастна и все, не надо бороться, конец сам собой придет...». Встречается отвращение к жизни, желание умереть без того, однако, чтобы прожитое казалось бессмысленным. Может быть страх жизни, когда будущее представляется жутким, пугающим, а смерть — единственно разумным и достойным выходом из положения. Нередко к самоубийству толкает чувство вины, весьма часто сопровождающее депрессивные состояния, и больные как бы наказывают себя за прошлые прегрешения перед людьми и богом. Депрессивные аутодафе совершаются иногда с жестокостью, выдающей всю меру ненависти к самому себе. Нередким является мотив суицида, отражающий непереносимость душевного дискомфорта. Такие пациенты склонны, кстати, к употреблению алкоголя и наркотиков, в анамнезе могут быть выявлены несомненные проявления зависимости. Нередко суициды мотивируются «одиночеством», «усталостью от жизни». Суицидные мотивы могут быть связаны с ипохондрией, бредом осуждения, идеями физического недостатка, импотенцией, если сексуальные ценности вытеснили все прочие. Не должны успокаивать бутафорские суицидальные попытки — слишком часто за ними скрывается настоящая депрессия. Особую опасность представляют депрессии, в которых пациенты переживание

собственной вины или оценку перспективы распространяют на близких им людей. Подобная генерализация чувства вины чревата опасностью расширенного самоубийства.

Оценка опасности самоубийства является важнейшим в плане лечения депрессии вопросом (Kielholz, 1970). Автор указывает, что чем больше таких факторов, как страх, ажитация, бред виновности, ипохондрия, одиночество, бессонница, желание умереть и преклонный возраст, тем определеннее необходимость клинического лечения. Незавершенные суициды (а их на одно самоубийство приходится от 5 до 10) от общего числа попыток часто не останавливают пациентов от их повторения. Оценка неудавшихся суицидных действий нередко соответствует общему депрессивному контексту и тенденции к самобичеванию: «Ни на что не способен, даже умереть не могу без посторонней помощи». Суицидные намерения часто диссимулируются. Необходимо при этом узнать у пациента, что же заставило его вдруг изменить свое решение. Если он стал скрывать стремление к смерти, он будет в большом затруднении и не сможет объяснить, ради чего он захотел жить. Этот же прием помогает распознать диссимуляцию бреда: пациент не найдет убедительных аргументов, опровергающих его бредовое убеждение.

Брадифрения — заторможенность в интеллектуальной сфере. По сообщениям депрессивных пациентов, это чувство «неясности в голове», ощущение «скованности мысли», «преграды» на пути мыслей, «пустоты в голове», когда можно часами сидеть, глядя в одну точку и ни о чем не думать. Наблюдается аспонтанность мышления, замедленное течение мыслей, затрудненное воспроизведение прошлого опыта и поверхностное восприятие происходящего в настоящее время. Внимание поглощено не теми реальными событиями, что окружают больного и совершаются в нем самом, а представлениями и размышлениями депрессивного содержания, оно переносится в иное ценностное измерение. Именно это имеют в виду, говоря об аутизме депрессивных больных. Мышление носит бессистемный характер, нередко утрачивается чувство собственной активности — «мысли плывут сами по себе». Пациент жалуется на отсутствие «нужных» мыслей и, в то же самое время непрекращающийся поток случайных ассоциаций, а также напоминающих калейдоскоп сновидений. Память притупляется, лишается прежнего быстродействия. Иногда, впрочем, спонтанно «вспоминаются» самые незначительные или очень далекие, детские события весьма нелестного для больного содержания. Возможны ложные воспоминания — по выходе из депрессии

оказывается, что подобных печальных событий не было или они существовали только как возможность. Затруднено планирование самых простых, бытовых действий, нарушена прогностическая функция, предвидение реального хода событий. «Отупение» может быть такой степени, что больные чувствуют себя совершенными «дураками, умственно отсталыми». Заторможены интеллектуальные потребности, исчезает любознательность, пытливость. «Вроде не о чем стало думать». Трудно дается диалог: «Говорить не о чем, не знаешь, что спросить... Не могу найти тему для разговора, только слушаю... Разговор какой-то искусственный, не сам по себе, все время надо думать, о чем сказать. И при этом почему-то надо, я вроде обязан говорить со всеми, хотя сознание удерживает, останавливает...». Теряется сообразительность, находчивость, смекалка, не появляется свежих идей, оригинальных решений. Часто депрессивные пациенты отмечают, что не успевают следить за ходом мысли других людей, не могут по этой же причине понять содержание фильмов, отказываются от телевизора — «не понимаю, что там, не доходит, не успеваю понять». С трудом формулируются мысли, «не хватает слов», становится тяжело писать, так как долго не удается найти удачное выражение. Характерна неуверенность в суждениях, постоянно возникает ощущение, будто сказал не так или не совсем то, что думал. В речи появляются оговорки, уточнения, дополнения, исправления уже произнесенного. Речь в целом обедняется, становится невыразительной. К тому же она замедлена и часто прерывается продолжительными паузами.

Гипобулия — торможение в сфере деятельности и психомоторики. Типична аспонтанность депрессивных пациентов, обеднение и ослабление интенсивности побуждений, общее снижение активности. Аспонтанность может достигать степени депрессивного ступора — психотического по существу состояния. Движения замедлены, амплитуда их ограничена. Появляется моторная неловкость, неточность движений, нарушения походки, из-за чего пациенты часто сравнивают свое состояние с опьянением и по этой причине стесняются бывать на людях. Нарушается почерк, буквы мельчают (микрография), теряют уверенные очертания. Страдает инициатива. Инертность тяжело переживается и стоит пациентам больших усилий, если они пытаются ее преодолеть.

Продуктивность деятельности резко падает: «Раньше за час делал столько, что теперь и за целый день не успеваю».

Типичны депрессивные изменения в экспрессивной сфере. Поза скорбная, выражение лица траурное, взгляд тусклый, немигающий, углы рта опущены. Руки безвольно свисают, рукопожатие бессильное. Депрессивные больные оставляют впечатление постаревших и убитых горем людей. Жестикаляция вялая, преобладают жесты безнадежности и отчаяния. Иногда можно заметить кожную складку на верхнем веке — «третье веко» или симптом Верагута.

При депрессии наблюдается ряд других психопатологических явлений: обманы восприятия, бредовые идеи, сновидное помрачение сознания, кататонические симптомы.

Встречаются также разнообразные сомато-вегетативные нарушения: сухость слизистых оболочек, слезливость («слезливая депрессия»), отсутствие слез («сухая депрессия», как правило, глубокая), анорексия, запоры, метеоризм, потеря веса, тахикардия, приступы сердцебиения, нарушения сердечного ритма, явления диспноэ — ощущение нехватки воздуха, чувство неполноты вдоха, приступы астмы, невралгические боли, цефалгии, боли в суставах, мидриаз, ослабление тургора кожи, выпадение волос, поседение, субфебрилитет, утрата полового влечения, нарушения менструального цикла. Сочетание мидриаза, тахикардии и склонность к атоническим запорам называют «триадой Протопопова». В. П. Осиповым описан депрессивный «симптом сухого языка» — язык у пациентов сухой, покрыт фулигинозным налетом, с трещинами, иногда выглядит опухшим. Постоянно бывает тяжелый запах изо рта. Описан также своеобразный зрачковый феномен — зрачки расширены, прямая фотореакция зрачков сохранена, но отсутствует на аккомодацию и конвергенцию — симптом Атанассио. При симптоме Аргайла Робертсона, выявляющегося при нейролюесе, наблюдается, как известно, обратная картина: миоз, анизокория, деформация зрачков, отсутствие прямой их фотореакции при сохранении реакции зрачков на конвергенцию и аккомодацию. Динамика вегетативных сдвигов может быть важным свидетельством движения депрессии, что особенно важно иметь в виду потому, что самоотчеты депрессивных пациентов о своем состоянии часто бывают неадекватны — например, они могут указывать на ухудшение самочувствия в то время как объективно наблюдается улучшение. Так, появление слез, колебаний настроения, боли, соматических жалоб у депрессивного пациента, ранее их не предъявлявшего, обычно говорит о снижении глубины депрессии. Пациенты часто думают об этом иначе. Вегетативные расстройства

могут возникать в структуре острых аффективных, деперсонализационных и ипохондрических кризов, напоминающих диэнцефальные приступы. Нарушен сон. Затруднено засыпание («сна нет, не идет сон...»), сон поверхностный, беспокойный, с кошмарами, внезапными ночными пробуждениями. Характерны ранние утренние пробуждения, отсутствие чувства отдыха после сна. У пожилых больных в клинической картине депрессии встречаются нарушения, структурно связанные с соматической патологией и расцениваемые как соматогенные, однако, исчезающие по окончании депрессии. Могут возникать также явления, напоминающие психоорганический синдром, но бесследно проходящие вместе с депрессией.

У больных с аффективными психозами, в частности, при циркулярной депрессии выявлены разнообразные нейроэндокринные аномалии: суточные колебания секреции мелатонина (гормона гипофиза), повышение уровня пролактина, изменения активности щитовидной железы, коры надпочечников и др. Некоторые из них могут быть использованы в диагностике депрессии. Широкое распространение в свое время получил тест дексаметазоновой супрессии. Принцип его таков. В критический период организации суточного гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового ритма (примерно в полночь) перорально дается 2 мг дексаметазона, после чего регистрируется уровень кортизола в плазме и моче. У здоровых субъектов наблюдается выраженная супрессия секреции кортизола на протяжении по крайней мере 24 ч после приема дексаметазона. У больных депрессией выявлены аномалии дексаметазоновой супрессии, выражающиеся в быстром прекращении супрессорного действия дексаметазона, причем с увеличением тяжести депрессии прекращение супрессорного действия дексаметазона происходит раньше (de la Fuente, Rosenbaum, 1979; Greden et al., 1980). К сожалению, тест не оправдал возлагавшихся на него надежд в плане разграничения различных клинических вариантов депрессии, а также ее распознавании. Из объективных методов диагностики депрессии сохраняет значение лишь симптом укорочения РЕМ—фазы сна, то есть самого глубокого сна. Предполагается, что нейроэндокринные аномалии при аффективных психозах связаны с нарушением выработки в гипоталамусе особых пептидных субстанций (рилизинг-факторов), стимулирующих или угнетающих секрецию тропных гормонов передней долей гипофиза. Получены данные, доказывающие, что высвобождение рилизинг-факторов контролируется биогенными аминами (медиаторами), нарушения обмена

которых лежат также в основе аффективных нарушений (Schildkraut, 1965).

Выделяют различные клинические варианты депрессивного синдрома в зависимости от того, какие нарушения преобладают в его структуре.

Клиническая картина типичной или меланхолической депрессии характеризуется наличием депрессивной триады признаков (гипотимии, брадифрении, гипобулии) и выраженных соматовегетативных нарушений с преобладанием симпатоадреналовых явлений. Циклотимическая депрессия — умеренно выраженная меланхолическая депрессия, не достигающая психотической степени. Важно отметить, что пациенты с непсихотической депрессией обычно жалуются на необоснованность депрессии или, по крайней мере, готовы принять этот факт. Психотические больные не считают настроение подавленным, утверждая, что оно адекватно трагическим обстоятельствам. Астеническая депрессия — включает наряду с подавленным настроением выраженные астенические нарушения. При адинамической депрессии на первый план выступают явления адинамии; апатической депрессии — апатии; мрачной депрессии (угрюмой, сварливой, брюзжащей) — дисфорические явления; ноющей, слезливой депрессии — астенические и истерические явления; улыбающейся (иронической, экзистенциальной) депрессии — ирония, сарказм по поводу своего положения, выражающие не лишённые иногда остроумия глубокое разочарование и утрату основных жизненных ценностей; анестетической депрессии (депрессии бедности участия) — явления психической анестезии, болезненного бесчувствия; депрессии с деперсонализацией — деперсонализация и дереализация в виде чувства внутренней глубокой изменённости и переживания иллюзорности внешнего мира; тревожной (суевой, ажитированной) депрессии — тревога, страхи, беспокойство, двигательное возбуждение с тревожной вербигерацией; психастенической депрессии — навязчивости. Депрессия с бредом самообвинения (депрессия самомучения) характеризуется наличием бредовых идей само обвинения, самоумаления; параноидная депрессия (депрессия неуверенности) — бредовых идей виновности, осуждения, преследования со стороны окружающих; ипохондрическая депрессия — ипохондрических расстройств. Бредовая депрессия проявляется «большим», сложным депрессивным синдромом с бредом, нередко приобретающим фантастический характер (бред Котара). Депрессивно-параноидный синдром включает выраженный

депрессивный аффект, бредовые идеи виновности, осуждения, преследования и воздействия, а также психические автоматизмы и бредовые идеи особого значения, инсценировки, ложные узнавания; возможно развитие онейроидного помрачения сознания. Депрессия с явлениями дисморфофобии — включает сверхценные и бредовые идеи физического уродства. Депрессия может сочетаться с галлюцинациями, псевдогаллюцинациями в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо, кататоническими нарушениями, онейроидным помрачением сознания. Существует, на наш взгляд, реальная возможность систематики многочисленных видов депрессивных состояний, основывающейся на приведенной впереди (см. Общие вопросы синдромологии) шкале психических расстройств.

Все виды депрессии в соответствии с этой шкалой могут быть разграничены на четыре группы, каждая из которых включает приблизительно эквивалентные по тяжести клинические варианты депрессивного синдрома.

Соматизированные или маскированные депрессии. Это депрессия с сенестопатиями (сенестопатическая депрессия), астеническая, вегетативная депрессии. Перечень депрессивных состояний данного уровня может возрасти за счет депрессии с нарушениями функции сна, а также депрессии с нарушениями влечений (анорексии, булимии, сексуальные нарушения). Выделение таких депрессий, как «слезливая» или «мокрая», «сухая депрессия» не представляется целесообразным, так как число депрессий может стать бесконечно большим, если их разграничивать по признаку наличия или отсутствия какого-то одного не очень важного симптома. В группе соматизированных, во всяком случае, близких к «им, следовало бы рассматривать также адинамическую и апатическую варианты депрессии. Было бы оправдано в практическом плане выделение также депрессии, имитирующей соматическую патологию (органическое поражение головного мозга, заболевания двигательного аппарата, внутренних органов).

Циклотимическая депрессия. В зависимости от преобладающего фона настроения она отчетливо распадается на меланхолическую (с тоской), тревожную (тревогой), фобическую (страхами) и дисфорическую (с озлоблением) варианты депрессивного синдрома.

Атипическая депрессия. Сочетается с нарушениями невротического уровня и, следовательно, распадается на соответствующие синдромам этого уровня клинические

варианты. Это депрессия с навязчивостями, с явлениями дисморфофобии, истерическая, с деперсонализацией и дереализацией, анестетическая, с явлениями нервной анорексии, ипохондрическая, экзистенциальная (ноогенная, аномическая).

Психотическая депрессия. Сочетается с психотическими явлениями. Это бредовая депрессия: с бредом самообвинения, ипохондрическим бредом, бредом физического недостатка; с галлюцинациями; параноидная; парафреническая; со ступором и ажитированная; с онейроидом.

Приведем описание некоторых специальных вариантов депрессивного синдрома.

Скрытая депрессия (матовая, стертая, латентная депрессия без депрессии, соматизированная, псевдопсихосоматическая форма атипичной психической депрессии, упущенная, туманная и другие названия) — особый вариант депрессивного состояния, выражающийся преобладанием в клинической картине «соматических эквивалентов» подавленного настроения в виде функциональных расстройств органов и вегетативной системы, в то время как собственно аффективные нарушения, скрытые соматической симптоматикой, остаются на втором плане и могут быть выявлены лишь при соответствующем исследовании. Подобные состояния Д. Д. Плетнев в 1927 г. описал под названием соматической циклотимии, а Е. И. Краснушкин в 1947 г. — циклосомии.

Среди соматизированных психических расстройств видное место занимают сенестопатические явления — разнообразные боли, парестезии, ощущения жжения, локализованные в различных частях тела. Не меньшую роль играют вегетативные расстройства: головокружения, тахикардия, приступы сердцебиения, сухость слизистых полости рта, анорексия, дискинезии желчных путей, запоры, снижение веса, гиперестезия мочевого пузыря, гипергидроз и др. Наряду с этим наблюдаются ипохондрическая готовность, страхи, навязчивости и другие невротоподобные нарушения — «психические эквиваленты депрессии», склонность к злоупотреблению алкоголем и наркотиками — «токсикоманический эквивалент депрессии», нарушения сна, снижение активности, половые расстройства и другие нарушения витальных функций организма. В. Ф. Десятников (1978) разграничивает следующие субсиндромы скрытой депрессии: наркоманический, обсессивно-фобический, агриппнический (с упорной бессонницей),

гипоталамический (вегето-висцеральный, вазомоторно-аллергический, псевдоастматический), а также алгически-сенестопатический с рядом вариантов последнего — абдоминальным, кардиалгическим, цефалгическим, паналгическим. Приведенная классификация не отражает всего многообразия проявлений скрытой депрессии. Не учтены, в частности, сексуальные расстройства, явления гиперсомнии, иногда встречающиеся в клинической структуре депрессии; анорексия, а также редкая, но возможная при депрессии булимия; упорная обстипация, аменорея и т. д. Кроме того, не проводится четкого различия соматизированной и атипической форм депрессии.

Пациенты со скрытой депрессией большей частью наблюдаются врачами-интернистами, в основном терапевтами и неврологами. Не является, однако, редкостью их появление у «узких» специалистов. Так, одна из наблюдавшихся нами пациенток неоднократно обращалась к окулисту с жалобами на исчезновение слез. Из диагнозов, установленным таким больным врачами соматического профиля, особенно часто фигурируют «остеохондроз», «невропатия», «вегетодистония», «невроз», «нейродерматит», «бронхиальная астма, астматоидный бронхит», «ревматический артрит», «гастрит». Иногда подозревается симуляция болезни.

Решающее значение для диагностики скрытой депрессии имеет выявление собственно аффективных расстройств. Они сводятся к нерезко выраженному понижению настроения с преобладанием безрадостности (настроение типа *unlust*), ангедонии, потере удовольствия от жизни, пессимизму, чувству безнадежности. Наблюдаются также тревожность, раздражительность, слезливость, явления болезненной психической анестезии. Формируется особое отношение к болезни, имеет место повышенная лабильность проявлений болезни под влиянием психогенных воздействий. Более чем у половины больных имеют место суицидальные мысли и попытки, значительно реже — стремление использовать вторичную выгоду расстройств.

Как правило, предъявляются жалобы на ухудшение внимания, памяти, притупление умственной деятельности (рассеянность, несобранность, неумение поддержать разговор, хорошо продумать и свободно выразить мысль и т. д.). Снижается репродуктивная память — больные отмечают, что не могут в нужный момент вспомнить хорошо известные им сведения.

Они констатируют также ослабление побуждений, потерю интересов в различных сферах жизни и деятельности, обеднение эмоциональной жизни и большей частью рассматривают это как признаки болезни. Могут встречаться симптомы деперсонализации и дереализации, отдельные обманы восприятия, в частности, галлюциноиды.

В целом распознавание скрытой депрессии основывается на следующих принципах:

- начало заболевания часто не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;
- фазное течение. В анамнезе можно встретить указания на повторяемость периодов недомогания, слабости, нервности, сниженного настроения, выраженных нарушений сна и прочих расстройств, свойственных данному варианту депрессии. Длительность фаз составляет месяцы и годы. Могут иметь место эпизоды легкой гипомании;
- наследственная отягощенность по линии эффектных психозов. Симптоматика заболевания пробанда может иметь значительное сходство с болезненными расстройствами, наблюдающимися у ближайших родственников;
- витальный оттенок сниженного настроения («тяжесть на душе, сердце ноет, щемит, сдавливает...») с упорными нарушениями сна, анорексией, снижением либидо, ощущением упадка сил;
- суточные колебания настроения и самочувствия (ухудшение по утрам, в первой половине дня, со спонтанным улучшением во второй половине дня, к ночи— «вечерние интервалы»);
- наличие в психическом состоянии указаний на явления идеаторного и психомоторного торможения, нарушения репродуктивной памяти, симптомы болезненной психической анестезии, деперсонализации, дереализации;
- наличие суицидальной готовности;
- общесоматические и вегетативные расстройства при скрытой депрессии не укладываются в клиническую картину ни одного определенного соматического заболевания. Тем не менее существуют формы скрытой депрессии, обнаруживающие значительное сходство с

проявлениями соматических заболеваний. Термин маскированная- депрессия (ларвированная, депрессия в маске) адекватен именно для данных форм.

Их генезис остается неясным, в качестве гипотезы могут рассматриваться по меньшей мере три механизма: 1) скрытая депрессия выявляет субклиническую соматическую и неврологическую патологию, то есть служит причиной ее декомпенсации, манифеста; 2) скрытая депрессия сочетается с реальными соматическими синдромами (бронхиальная астма, нейродерматиты, аллергические явления, заболевания суставов), патогенетически связанными с депрессивным состоянием. Эффективное лечение депрессии может иметь результатом полную ликвидацию психосоматических синдромов и компенсацию явной и субклинической соматической патологии. И в том и другом случае речь идет о сложных этиопатогенетических зависимостях и необходимости сохранения широких подходов в трактовке реальной патологии; 3) скрытая депрессия имитирует соматические нарушения вследствие своеобразия внутренней картины болезни. Долго болеющие пациенты, размышляя о своем самочувствии и читая специальную литературу, находят рано или поздно аналогии собственного состояния с каким-нибудь телесным заболеванием. В последующем свои жалобы они искажают в соответствии с принятой ими моделью болезни и тем самым устанавливают сходство с нею. В данном случае следовало бы, очевидно, говорить не о скрытой, а об ипохондрической депрессии. Терапия антидепрессантами способна улучшить состояние пациентов особенно в той его части, где она не затрагивает ипохондрических трактовок и тех нарушений, которые приближаются к конверсионным (при истерической депрессии), то есть вытекающим из болезненных ожиданий;

— положительная реакция на антидепрессанты (диагностика *ex juvantibus*).

С целью выявления скрытой депрессии у больных, предъявляющих только соматические жалобы, Кильхгольц предлагает врачам-интернистам краткий вопросник. Большинство утвердительных ответов предполагает наличие депрессии. Эти вопросы могут быть полезны и начинающему практиковать врачу-психиатру: 1. Получаете ли Вы такое же удовольствие от жизни, как раньше? 2. Не трудно ли Вам стало принимать решение? 3. Не сузился ли за последнее время круг Ваших интересов? 4. Не стали ли Вы в последнее время больше думать о неприятном? 5. Не кажется ли Вам теперь, что жизнь стала бессмысленной,

бесполезной? 6. Не чувствуете ли Вы себя более усталым и (или) менее энергичным, чем обычно? 7. Не нарушился ли у Вас ночной сон? 8. Не потеряли ли Вы аппетит, не похудели ли? 9. Не ощущаете ли Вы более в теле или тяжести в грудной клетке? 10. Не расстроилась ли Ваша интимная жизнь?

Скрытая депрессия — аффективный синдром, наблюдающийся в клинике циркулярного психоза, периодически и шубообразно текущих формах шизофрении. Вопрос о том, может ли он встречаться при психогенных и экзогенно-органических заболеваниях, окончательно не решен.

Депрессия истощения Кильхгольца. В отечественной литературе по вопросам невротической депрессии высказывается точка зрения, что данный вариант депрессии является, возможно, начальным этапом невротической депрессии в понимании Фелькеля или эндореактивной депрессии Вайтбрехта.

Депрессия истощения развивается в связи с длительным эмоциональным и интеллектуальным напряжением. Выделяется три стадии заболевания: продромальная, психосоматическая и собственно депрессивная. В продромальной стадии депрессии преобладают неврастенические явления: раздражительность, повышенная утомляемость, слабость концентрации внимания, нарушения сна. Во второй, психосоматической стадии доминируют разнообразные расстройства вегетативной регуляции: головные боли, головокружения, тахикардия, нарушения сердечного ритма, псевдоангинозные сердечные атаки, обстипация, анорексия, невралгические явления, ипохондрическая фиксация внимания. После дополнительных, порой незначительных психических и физических нагрузок или в ситуации расслабления наступает депрессивная фаза заболевания, характеризующаяся боязливо-тревожным настроением, вспыльчивостью, концентрацией внимания на психотравмирующих раздражителях, нерешительностью, углублением нарушений сна. Может иметь место вторичная витализация депрессии.

Эндореактивная дистимия Вайтбрехта возникает в результате взаимодействия психореактивных факторов и эндогенной предрасположенности к депрессии. В клинической картине заболевания преобладают астенические расстройства, разнообразные сенестопатии, а также ипохондрические нарушения. Подавленное настроение характеризуется дисфорическим оттенком с

недовольством, раздражительностью, слезливостью. Первичные идеи виновности отсутствуют. Реактивные моменты находят относительно небольшое отражение в клинической картине болезни. Уже в начальном ее периоде депрессия нередко имеет витальный характер.

Депрессии фона и почвы Шнейдера возникают в связи с соматореактивными воздействиями. Наблюдается изменение общего самочувствия, активности, подавленность, ослабление эмоций. Витальный компонент депрессии, первичное чувство вины, депрессивные бредовые идеи, психомоторная заторможенность отсутствуют.

Реактивные депрессии развиваются в связи с психическими травмами. Это могут быть острые депрессивные реакции с чрезмерной силой депрессивного аффекта, суицидальными попытками, непосредственно связанные с психической травмой и в целом кратковременные; чаще наблюдаются затяжные, медленно развивающиеся депрессии, проявления которых достигают наибольшей интенсивности лишь спустя определенное время после психической травмы, по мере ее переработки.

Клиническая картина затяжных реактивных депрессий характеризуется подавленностью, чувством безнадежности, разочарования, слезливостью, вегетативными расстройствами, нарушениями сна. Витальный оттенок депрессии (имеется в виду тяжесть, боль, жжение в области сердца) отсутствует; он может появиться позднее, но и в этом случае, менее отчетлив, чем при эндогенной депрессии. Двигательная и идеаторная заторможенность наблюдается лишь в начальном этапе депрессии. Отсутствуют также первичные идеи виновности, суточные колебания настроения. Наиболее важной особенностью реактивной депрессии является концентрация всего содержания сознания на психотравмирующих представлениях, приобретающих доминирующий характер. Переживания больных психологически понятны. Чувство вины чаще обращено на причастных к травмирующим событиям лиц, поэтому пациенты говорят об обиде, недовольстве. В клинической картине реактивной депрессии могут наблюдаться и даже преобладать истерические явления (демонстративность, конверсионная симптоматика, психогенные галлюцинации и др.), или тревога, двигательное беспокойство, страхи, ипохондрические опасения. Реактивные депрессии иногда возникают после завершения изнурительной работы — «депрессивные стрехи» или после окончания длительного периода психоэмоционального напряжения — «депрессия

освобождения» Бюргер-Принца. Депрессии данного типа сближаются с эндореактивной дистимией Вайтбрехта.

Реактивная депрессия может возникать при внезапном изменении среды обитания — «культурный шок». Например, при попадании в условия чуждой культуры, возвращении к своей после долгого перерыва, при вынужденной необходимости адаптироваться к различным традициям и устоям общества. Часто встречается у эмигрантов, а также во время радикальных перемен в обществе.

Органические депрессии характеризуются прогрессирующей монотонностью депрессивных проявлений, опустошением эффективности, нарастанием апатии, аспонтанности. Наряду с этим депрессии при органических поражениях головного мозга могут приобретать эндоформный, трудно отличимый от эндогенных, характер.

Б. П. Пивень (1992) указывает, что экзогенно-органическим депрессиям свойственны астения, психоорганические явления, массивные вегетативные нарушения, редкость суицидальных тенденций, склонность к ипохондрии. Чаще они принадлежат к монополярным формам аффективной патологии.

Симптоматические депрессии возникают в связи с соматическими заболеваниями, токсическими и медикаментозными воздействиями, эндокринными расстройствами. Клиническая картина их многообразна и варьирует в широких пределах.

Анаклитическая депрессия — реакция детей, разлученных с матерью или лишенных домашнего окружения в течение длительного времени. В остром периоде реакции дети плачут, не поддаются утешению, не реагируют на других взрослых и детей, могут испытывать страхи. Позже они становятся вялыми, гипотрофичными, мало едят и спят, выглядят несчастными. Отмечаются приступы лихорадки, повышена готовность к инфекционным заболеваниям, теряются навыки сосания. Расстройство обратимо и исчезает спустя 2—3 недели после возвращения к матери.

Синдром предменструального напряжения — депрессия, раздражительность, напряжение с болями в области поясницы, молочных желез и отечностью. Наблюдается у женщин во второй, лютеиновой фазе менструального цикла. Продолжается в первые 11—12 дней цикла.

Эндогенные депрессии — депрессивные состояния, наблюдающиеся при циркулярном психозе, инволюционной меланхолии, шизофрении.

Важнейшими особенностями циркулярной депрессии являются:

- аутохтонное возникновение аффективных фаз. Психотравмирующие факторы могут провоцировать появление фаз и некоторое время звучать в переживаниях больных; по мере витализации аффективных расстройств психогенный комплекс постепенно редуцируется;
- депрессия с самого начала носит витальный характер: неприятные ощущения стеснения, сдавливания, тяжести, боли в области сердца, нарушения сна, аппетита, половых функций и др. Вегетативные нарушения характеризуются преобладанием симпатoadреналового симптомокомплекса;
- наличие гипоталамического суточного ритма самочувствия и настроения: ухудшение в утренние часы и спонтанное улучшение во второй половине дня. На высоте психоза депрессия становится монотонной;
- наличие первичного чувства вины, бредовых идей самоумаления и самообвинения;
- наличие идеаторной и психомоторной заторможенности.

Различают четыре степени выраженности циркулярной депрессии:

- 1) начальная стадия (соответствует циклотимической депрессии) проявляется снижением общего аффективного тонуса (ослабление или утрата способности радоваться, склонность к пессимизму, нет явной тоски или тревоги и внешних проявлений депрессии), соматовегетативными расстройствами (нарушены сон, аппетит, склонность к запорам и др.), нередко астеническими явлениями;
- 2) классическая депрессия характеризуется преобладанием тоскливого аффекта и отражением его во внешнем облике больных, суточным ритмом настроения, признаками идеаторного и двигательного торможения, появлением депрессивной деперсонализации. Пессимистические суждения больных носят сверхценный характер;
- 3) классическая меланхолия проявляется значительным усилением вышеперечисленных проявлений депрессий. На

этой стадии возможна дифференциация депрессии в зависимости от преобладания тех или иных нарушений (тревожная, анестетическая и т. д.). Сверхценные опасения и самооценка могут приобретать вид депрессивного бреда;

4) последний этап развития депрессии характеризуется появлением стойких бредовых идей самообвинений, осуждения, разорения и др. Возможно их фантастическое видоизменение — меланхолическая парафрения. Нередко меланхолические парафрении выражают крайнюю степень развития депрессивной фазы.

Депрессивные фазы рекуррентной шизофрении (преимущественно аффективные приступы наблюдаются только в клинике данной формы шизофрении) характеризуются следующими основными особенностями:

- отчетливым преобладанием смешанных состояний (депрессий с нормальным или даже ускоренным течением ассоциаций и отсутствием признаков психомоторного торможения) и отсутствием или редкостью приступов типа простой меланхолии с равномерной выраженностью всех компонентов депрессивной триады;
- легкостью присоединения растерянности, галлюцинаций, бреда, явлений психического автоматизма, элементов сновидного помрачения сознания;
- лабильностью клинической картины депрессии, изменчивостью ее глубины;
- отсутствием четкой цикличности, большой частотой сдвоенных, строенных фаз (включая и маниакальные фазы).

Основными особенностями депрессии при инволюционной меланхолии являются следующие:

- начало в виде атипичной депрессии с вялостью, дисфорией, ипохондрическими расстройствами;
- преобладание в развернутой клинической картине заболевания тревоги, страхов, ажитации и идеомоторного возбуждения, тревожной вербигерации;
- отсутствие определенного суточного ритма в интенсивности депрессивных проявлений;
- быстрое развитие различных форм депрессивного бреда (разорения, гибели, ипохондрического, нигилистического, обвинения, виновности) с перерастанием его на высоте

психоза в бред Котара;

— резкое усиление тревожной ажитации при любых переменах обстановки — симптом Шарпантье;

— значительная частота истериформных проявлений (причитания, заламывания рук, стенания, театральное поведение, назойливость);

— отсутствие чувства психической измененности (то есть депрессивной деперсонализации) и сознания болезни;

— монофазный характер заболевания. Фазы чаще всего имеют затяжной характер. Случаи полного выхода из фазы при современном лечении исключительно редки. Указанные признаки инволюционной депрессии в настоящее время связывают с влиянием возрастного фактора. Существование инволюционной меланхолии как самостоятельного заболевания подвергается в настоящее время сомнению.

ГЛАВА 5. СОЗНАНИЕ, БЕССОЗНАТЕЛЬНОЕ, САМОСОЗНАНИЕ. НАРУШЕНИЯ САМОСОЗНАНИЯ

**Психопатология.
Часть II**
В.А. Жмуров

5.1. Психология сознания

Сознание — свойственная человеку высшая, интегративная форма психического отражения действительности. Это целостное состояние знания о внешнем и внутреннем мире.

Условно разграничивают предметное сознание и самосознание. Предметное сознание — динамическая структура или поле, в котором объединяются все внешние впечатления. Самосознание — система ощущений, знаний о самом себе, отношениях с окружающими, своем внутреннем мире. Индивидуальное сознание, степень его развития определяются двумя факторами: уровнем общественного сознания, и тем, в какой мере индивидуум превратил его в факт своей внутренней жизни. Уровень развития индивидуального сознания зависит от конкретных исторических условий жизни и биологических механизмов, обеспечивающих процессы интериоризации. Различным историческим эпохам соответствуют определенные формы индивидуального сознания. В виде самой общей гипотезы можно допустить, что в первобытно-общинном строе структура сознания человека имела мистический или анимистический характер: знания о внешнем и внутреннем мире цементировались представлениями о существовании вездесущих духов или невидимых сил, игра которых была тайной причиной всего происходящего. Следует при этом

заметить, что свойства духов являлись отражением знаний человека о своей собственной психике. Анимистическое сознание, таким образом, представляет наиболее простую и самую раннюю синкретическую форму сознания, в котором предметное сознание и самосознание оказываются неразделенными, как бы слитыми в одно неразрывное целое. Можно, пожалуй, сказать и так: сознание древнего человека — это вынесенное или спроецированное во внешний мир знание о самом себе. В ту далекую пору человек знал о себе очень немного, самовосприятие носило, по-видимому, весьма смутные формы, так что внешний и внутренний мир не могли быть разграничены достаточно четко. По мере медленного, но неуклонного развития психологических структур к началу рабовладельческой эпохи уровень индивидуального сознания поднялся на порядок выше. За неимением лучшего термина состояние сознания этого времени можно определить как мифологическое: мир населен и управляем сонмищем богов, которые, впрочем, еще мало чем отличались от самого человека и с которыми он обращался как с собой. В это время, однако, появляются зачатки психологии. В древних книгах во множестве, рассыпаны отдельные замечания и наблюдения, касающиеся природы внутреннего мира человека. Другими словами, человек уже выделил себя из окружающего его мира, у него появилось самосознание. На протяжении всего средневековья, в эпоху феодализма доминировало религиозное сознание. Внешний мир — творение рук Господа Бога, а внутренний — копия или подобие божественной сущности. Индустриальному обществу свойственна естественнонаучная или, лучше сказать, технократическая форма сознания. Человек — это животное, машина, компьютер, внутренний его мир — это товар. Характерен рыночный тип отношений между людьми. Лишь в постиндустриальном обществе впервые появляется понимание того, что человек — средоточие мировых, фундаментальных ценностей, что это совершенно особый, уникальный феномен природы и общества. По существу только в XX в. человек сделал первый шаг к осознанию самого себя. Тем самым он положил начало гуманистической форме сознания. Было бы упрощением считать, будто индивидуальное сознание является копией существующих общественных условий. Уже в античную эпоху жили люди, сознание которых можно было бы определить как естественнонаучное или даже гуманистическое, и которые на много веков ушли вперед от своих современников. Очевидно, в человеке есть нечто такое, что позволяет ему опережать свое время.

Сознание характеризуют следующие психологические свойства:

— активность. Это означает, что действия человека обусловлены не столько внешней ситуацией, сколько внутренними целями. Кроме того, это указывает на значительную устойчивость деятельности в отношении принятой цели. Поведение человека нельзя определить термином «приспособляемость», на пассивное уподобление

предметам оно похоже меньше всего;

— интенциональность. Это направленность на объект. Другими словами, сознание — это всегда сознание чего-то, какого-то конкретного объекта или явления;

— самонаблюдение или рефлексия, то есть осознание самого себя. Вместе с тем рефлексия предполагает осознание мотивационно-ценностных аспектов происходящего, то есть оценку объектов в их отношении к индивидууму;

— уровень активности сознания. Этими уровнями являются: сверхбодрствование, бодрствование, ясность, сужение, спутанность и оглушение. Сверхбодрствование — состояние, в котором индивид осознает то, что в обычном режиме активности остается для него скрытым или только смутно угадывается. Субъективно это чувство подъема с переживанием просветления, озарения с глубоким погружением в мир и самого себя. В художественном и научном творчестве сверхбодрствующее сознание называют вдохновением, в религии — прозрением, сошедшим свыше чудесным даром вырваться из плена обыденных представлений. Сверхбодрствование не тождественно интуиции: последняя вовсе не предполагает высочайший уровень постижения действительности и, кроме того, интуиция — это момент, короткий миг понимания, а сверхбодрствование может продолжаться часами. Могут наблюдаться и патологические состояния сверхбодрствования, связанные, например, с приемом психостимуляторов. Бодрствование — состояние, в котором все явления действительности улавливаются в адекватной их связи между собой на каком-то привычном, как бы среднем уровне. Творческая активность возможна и здесь, но уже без полета, скорее это логическая обработка материала, его систематизация, точные формулировки и и т. п. Ясность — состояние формального осознания действительности, однако без достаточно связного и цельного ее отражения. Наблюдая серию явлений, человек может верно рассказать о каждой из них, но объединить их, найти соединяющий их стержень оказывается не в состоянии. Сужение сознания — частичное, неполное осознание действительности, одностороннее ее отражение, когда выделение одних связей и объектов производится в ущерб другим, которые не замечаются.

Разные степени сужения сознания наблюдаются в состоянии аффекта. Спутанность сознания — искажение структуры внешнего и внутреннего мира. Например, реальный мир может полностью заслоняться мнимыми, галлюцинаторными образами. Отдельные признаки спутанного сознания можно видеть во сне во время сновидений. Оглушение сознания — блокада внешних впечатлений и механизмов их переработки вплоть до полного выключения психической активности (кома).

В функциональном плане сознание обеспечивает решение весьма важных задач.

Разграничение внешнего и внутреннего мира.

Различение комплекса внешних впечатлений и комплекса внутренних ощущений. Это явление кажется достаточно очевидным, но при более внимательном рассмотрении выясняется, что граница между упомянутыми комплексами является весьма размытой и довольно подвижной. Так, о своем теле можно сказать по-разному. Тело вроде бы «мое», это часть моего «Я», не относящаяся к внешнему миру, но в тоже самое время тело — это физический объект, как бы вместилище моего «Я», то есть нечто внешнее по отношению к нему. Точно также мы говорим «моя мысль, мои ощущения», подчеркивая тем самым их принадлежность к внутреннему миру. Но нередко выражаемся иначе: «Мне пришла эта мысль, у меня возникает ощущение» — так, будто мысль или ощущение стоят в стороне от ядра собственного «Я». Вместе с тем в высказываниях «мой дом, моя земля, мои дети» мы утверждаем, что эти внешние объекты являются неотъемлемой частью того, что мы считаем своим «Я». Строго говоря, являющаяся несколько неопределенной сфера «Я» ограничена той частью самоощущения, которая относится к чувству личной активности. На другом полюсе находятся объекты, воспринимающиеся с ощущением чуждости, отдаленности, по отношению к которым нельзя сказать, что они каким-то образом связаны с личностью. Между этими крайними точками простирается широкая полоса объектов, которые мы склонны считать одновременно и внешними по отношению к себе и относящимися к внутреннему миру.

Разграничение объективного и субъективного в содержании переживаний. Иначе сказать, индивид имеет в своем распоряжении набор критериев, которые позволяют ему уверенно это делать. Если этих критериев нет либо они недостаточны, субъективны, то продукты воображения отождествляются с действительностью, объективным содержанием. Это можно видеть в детских фантазиях, в вымыслах незрелых личностей, болезненном воображении психиатрических пациентов. Во всех этих случаях происходит

проекция внутренних отношений на внешний мир, объективизация субъективных образов. Возможно и обратное явление: объективное содержание воспринимается как субъективный феномен. Например, то, что было в действительности, вспоминается как сновидение, выдумка, нечто такое, чего на самом деле не было.

Системность восприятия, мыслей и действий. С этим связано непосредственное ощущение единства и непрерывности собственного «Я», формирование устойчивого образа внешнего мира и связности происходящих в нем перемен, а также чувство слитности субъекта с внешним миром, переживание их интегрированности в одно неразделенное целое. В самом деле, человек в течение своей жизни сильно изменяется, но, начиная с детства, с того момента, когда он впервые начал осознавать себя, это ощущение внутренней стабильности, постоянства внутренней структуры его не покидает. Каждый человек играет множество разных социальных ролей, испытывает разноречивые побуждения и мысли, и тем не менее ощущает внутреннюю целостность, осознает в себе какое-то гармонизирующее начало. Попадая в самые разные ситуации, он сохраняет ощущение единения с внешним миром. Чувство разобщенности с внешним миром, утрата сознания единства и непрерывности своего «Я», ощущение разрыва временных и пространственных связей между различными событиями характеризует обычно болезненные состояния.

Сознание единичности собственного «Я» и всего существующего во внешнем мире. Это вроде бы тривиальная истина, что «Я» — один, другого такого нет, как нет другой такой же мысли, эмоции, матери, сына или дома. «Я» бывает в разных состояниях, подчас полярных, противоположных, например, в плохом и хорошем настроении, когда радикально меняются желания, мысли, чувства, и все же это воспринимается не как разные «Я», а только разные состояния одного и того же «Я». В дремотном состоянии, опьянении, болезни это ощущение единичности самого себя обычно не исчезает, как бы сильно личность не деформировалась. То же самое можно сказать и о восприятии внешнего мира. Любой другой человек, как бы сильно он не менялся внешне и внутренне, как бы долго его и не видели, все-таки это будет тот же самый человек и никто другой. Нормальное функционирование сознания защищает человека от переживания множественности самого себя и окружающего мира на протяжении всей жизни, и только при тяжелых нарушениях психической деятельности этот механизм защиты оказывается поврежденным.

Внутренний диалог. Человек постоянно общается с самим

собой, все время задает себе вопросы, отвечает сам на них, хвалит или осуждает себя, так или иначе как бы со стороны оценивает свои действия и себя в целом. Эта сторона деятельности сознания отражает его социальный характер, тот факт, что сознание формируется в процессе общения с людьми. Диалог с самим собой это то, что некогда было внешним общением, но затем переведенное во внутренний план с помощью речи. Субъектами внутреннего общения являются, надо думать, не отдельные мысли или черты характера, а сложные состояния личности, более или менее самостоятельные внутренние «люди», с которыми, вероятно, человек ранее идентифицировал себя в той или иной социальной роли. В этом смысле сознание можно бы уподобить достаточно вместительной площади, на которой собирается несколько человек, а порой внушительная толпа, пытающаяся найти какое-то общее решение,

Э. Берн, один из создателей транзактного анализа, исходит из предложения о том, что в каждом человеке существуют три состояния личности, соответствующие ребенку, взрослому и родителю. Выходит так, что эти три более или менее независимые личности имеют равный доступ к памяти, мышлению, эмоциям и психомоторным функциям и каждый из них может вести свою собственную жизнь. Характер внешнего общения (а общение рассматривается как серия транзакций, то есть отдельных актов общения) зависит от того, какие состояния личности партнеров вступают в диалог. Скажем, ребенок одного партнера может вступить в общение со взрослым другого партнера. Если бы это действительно было так, то внутреннее общение, диалог с собой мог происходить между тремя указанными состояниями личности. Данный подход представляется очень интересным и много обещающим, хотя и основан на односторонней психоаналитической доктрине личности.

Следует подчеркнуть, что сознание, как социальный по своему происхождению феномен, тесно связано с речевыми процессами. В сущности своей сознание — это мировой опыт всех поколений человеческого общества, отпечатанный в психике индивида в виде более или менее законченной словесно-логической структуры. Осознанным в этом смысле можно считать лишь то, что имеет словесно-логическое выражение. Впечатления, образы, действия, не включенные в эту структуру, мы должны считать следовательно, неосознанными.

Наряду с сознанием, важную роль в психической жизни человека играют бессознательные процессы. Точного определения понятия «бессознательное», как, впрочем, и того, что представляет собою сознание, не существует. В

самом общем виде можно принять, что сферу бессознательного образуют психические акты и состояния, изолированные от организованного опыта, именуемого сознанием, и не имеющие словесно-логической формы выражения. Бессознательное — это то, что человек не может соотнести с определенным объектом или явлением и выразить в связной, логической формуле.

В кратком психологическом словаре приводится двойное определение бессознательного. Бессознательное, во-первых, это совокупность психических процессов, актов и состояний, обусловленных явлениями действительности, во влиянии которых субъект не отдает себе отчета. Бессознательное, во-вторых, это такая форма психического отражения, в которой образ действительности и отношение к ней составляют одно нерасчлененное целое. Бессознательное, таким образом, лишено свойства рефлексии и, стало быть, не находится под контролем субъекта.

Таким образом, можно сделать несколько выводов о признаках, характеризующих бессознательные психические процессы:

— они протекают без ощущения собственной психической активности, то есть изолированно от ядра личности.

Субъективно это переживается как непроизвольное, автоматическое или даже насильственное течение психических актов.. Произвольный контроль за ними невозможен, усилием воли приостановить их нельзя;

— поскольку бессознательное — это автономная часть личности или какое-то ее состояние, то связанное с нею содержание психических актов воспринимается как нечто совершенно чуждое и непонятное личности, неведь откуда взявшееся и нередко противоречащее содержащемуся в сознании;

— языком бессознательного являются образы, действия, а также речевые структуры, лишенные логической последовательности. Эти изменения бессознательного объединяются в ряды или накладываются друг на друга таким образом, как это диктуется желаниями и эмоциями. Иначе говоря, в мире бессознательного действует своя логика и эта логика является аффективной или кататимной. Значение бессознательных структур, внедрившихся в сферу ясного сознания, оказывается индивидууму совершенно непонятным, так как это значение выражено на совсем ином языке, чем тот, на котором, записано содержание сознания. Так, реальный раздражитель извне является толчком к такой цепи образов, которая лишь очень отдаленно похожа на этот

объект. Например, в ответ на укол острым предметом возникает образ обвивающей тело змеи и ее укусы. На уровне сознания этому образу соответствует восприятие колющей иглы, но вывести второе из первого невозможно. Множество попыток в разные времена понять язык бессознательного ни к чему не привели, во всяком случае, они до сих пор остаются в границах весьма умозрительных гипотез;

— на уровне бессознательного не существует разграничения на внешний и внутренний миры. Так, сновидения никогда не переживаются как события внутреннего мира. Как правило, спящим они локализируются в каком-то особом пространстве, не являющемся также внешним по отношению к субъекту. Быть может, речь идет здесь о первичном ощущении пространства, свойственным младенцу до того момента, пока оно не дифференцируется на внешнюю и внутреннюю его сферы;

— в бессознательном не существует границ между субъективным и объективным в самом содержании переживаний. Эти переживания, если выключаются механизмы сознательного контроля, не подлежат сомнению и напрямую выражаются вовне в соответствующих действиях;

— динамика психических актов и действий в сфере бессознательного лишена не только логических, но также временных и пространственных ограничений, свойственных сознательному уровню отражения действительности. Так, в сновидениях прошлое сосуществует с настоящим и будущим, находящееся в разных местах оказывается рядом, несовместимые вещи образуют одно целое. Распад ткани сознания проявляется нарастающей противоречивостью суждений, поступков и оценок, импульсивностью, признаками психической диссоциации, аффективной логикой, внушаемостью.

В целом, как считают, бессознательное находит свое выражение в ранних формах познания ребенком действительности, в архаическом мышлении, в интуиции, аффектах, панике, гипнозе, сновидениях, привычных действиях, субсенсорном восприятии, а также в побуждениях, поступках и чувствах, причины которых остаются неясными личности. Кроме того, бессознательное широко представлено в патологических феноменах.

Проявления бессознательного. Надсознательные явления. Встречаются на неподдающемся сознательно-волевому контролю уровне психической активности, который включается при решении творческих задач
К. С. Станиславский обозначал надсознательное термином

«сверхсознание» и выдвинул представление о специфических свойствах этого уровня психической активности, отличающих его как от сознательных, так и бессознательных процессов. П. В. Симонов отождествлял надсознательное с механизмом творческой интуиции, создающим новые комбинации прежних впечатлений таким образом, что они раскрывают неизвестные прежде аспекты действительности. Последнее подтверждается обычно позже, когда появляются соответствующие доказательства. По существу оба эти подхода характеризуют состояние, которое определяется как сверхбодрствование сознания.

Творческая активность индивида, действительно, использует старый опыт, но регулируется неосознаваемыми идеями, которые скрыты в выдвигаемых исследователем гипотезах и решениях. Эти идеи могут быть выявлены с помощью категориального анализа, то есть анализа значения, в котором используются быть может уже известные и ранее научные понятия (в отличие от психоанализа, нацеленного на изучение глубинных динамических тенденций). Сам индивид, однако, не осознает свои идеи во всей их полноте, как не осознает и того, каким образом они влияют на ход его мыслей. Вероятно, именно с этим связана субъективная непредсказуемость, неожиданность возникающих у исследователя новых решений проблемы. Эти решения вспыхивают внезапно, порой по самому ничтожному или случайному поводу, нередко в самое, казалось бы, неподходящее для этого время и субъективно воспринимаются как результат непосредственного восприятия истины, следствие прозрения, инсайта. Это вторжение новой идеи в сознание может происходить не только в бодрствующем состоянии, но и во сне, в опьянении, причем соответствующее решение или идея иногда отображаются не в виде логической структуры, а в аллегорической форме, в форме какого-то образа, что сближает научное творчество с художественным. Так, Кеккуле увидел во сне змею, ухватившую себя за хвост, и понял, что именно этот образ содержит ключ к раскрытию формулы бензола. Творческое решение, помимо того, осознается как самоочевидная истина, не вызывающая колебаний, хотя и нуждающаяся в логическом обосновании. Бывает, что такое решение долгое время не может быть доказано, и поэтому оно вначале отклоняется и многие годы пребывает в забвении. Так, планетарная модель строения атома была предложена русским инженером столетием раньше, чем получила экспериментальное подтверждение в 1911 г. Резерфордом. Законы Менделя, на которые вначале не обратили внимания, спустя 40 лет были, по существу, открыты вновь. Многие из того, что кажется сегодня неприемлемым и не воспринимается на уровне сознания,

завтра будет истолковано как очевидное или давно забытое старое.

Интуиция может быть и патологической. Продуктом болезненного творчества являются, в частности, бредовые идеи. Как и акты нормального творчества, такие идеи большей частью возникают внезапно, по типу озарения, с характером непреложной и очевидной истины. Конечно же, они не могут быть доказаны хотя бы уже в силу того, что являются ложными, нередко абсурдными. Отсутствие доказательных доводов осознается многими пациентами, но это не может остановить их, так как сам факт отсутствия подтверждающих фактов не является доказательством того, что они неправы. Как правило, больных невозможно переубедить: то, что нельзя доказать, не удастся и опровергнуть. Распознавание бредовых идей связано, таким образом, с немалыми трудностями, если, конечно, речь не идет о явно нелепых идеях. Из сказанного вытекает предположение, вступающее в противоречие с распространенным о том, что патологические, бредовые идеи имеют своим источником глубинные, аффективные (кататимные) механизмы. Это предположение заключается в том, что появлению бредовых идей предшествуют деструктивные изменения на уровне неосознаваемых категориальных структур, то есть изменения на уровне надсознательного. Вероятно, это могло бы объяснить столь разительное сходство, какое бредообразование имеет с актом творчества.

Неосознаваемые побуждения (мотивы) к деятельности. Субъект стремится совершить поступок, не понимая при этом причины своего желания. Это явление впервые открыто в исследованиях гипноза. По выходе из гипнотического состояния, в котором испытуемому внушалась некая программа действий, он все это делал, не осознавая того, что именно заставляет его поступать таким образом. Например, внушалось, что ему нужно в такой-то час пойти в магазин и купить определенную вещь. Следует заметить, что внушить можно не все, а только то, что соответствует или не противоречит ожиданиям и общему направлению деятельности субъекта. З. Фрейд рассматривал неосознанные побуждения как нереализованные влечения, которые из-за конфликта с усвоенными этическими нормами вытесняются в бессознательную сферу психики. Такие влечения, как он думал, обыкновенно не исчезают и, обходя запреты цензуры, проявляются различным образом. Так, они обнаруживаются в виде обмолвок, оговорок, описок, случайных или реактивных действий, симптомами заболевания (страхами, нарушениями деятельности внутренних органов), сновидениями, остротами. В основном, по Фрейду, такими побуждениями оказываются

задержанные в детстве сексуальные влечения. В сознании взрослого они представлены в иной системе значений и внешне могут быть совершенно непохожими на сексуальные потребности. Если пациент узнает об истинной причине своего невроза, о той психической травме, которая послужила препятствием на пути адекватной реализации влечения, то это сообщение он примет как нечто чуждое его теперешней личности и само по себе знание мало ему поможет. Для того чтобы изжить психическую травму и устранить эффекты бессознательного в поведении, нужны иные подходы, а не простое информирование. В психоаналитическом лечении выздоровление достигается тем, что задержанное влечение переносится на врача-аналитика, а в групповой психотерапии — на другого члена группы. Складывающиеся на этой основе отношения затем корригируются, а это означает, что влечение себя исчерпало, оно нейтрализовано. Механизмы переноса (трансфера) не очень ясны, как, впрочем, и другие приведенные здесь соображения З. Фрейда. Главной остается неясность в том, считать ли указанную динамику влечений причиной или следствием заболевания. Не менее последовательной и логичной выглядит гипотеза, в соответствии с которой актуализация пройденных в онтогенезе форм реагирования связана с наступающей вследствие болезни дезинтеграцией функций сознания.

Неосознаваемые механизмы регуляции автоматизированных действий. Это операционные установки — способы выполнения умственных действий, запоминания, актов восприятия и др., а также внешних действий — чтения, письма, разговора, ходьбы, и т. д. Многие поступки выполняются автоматически, без раздумий. Указанные виды автоматизмов вначале формируются под контролем сознания, как произвольные акты, и лишь позднее их программы становятся неосознаваемыми, что имеет важное значение для психического развития, так как освобождает сознание для контроля за более сложными операциями. Факт автоматизмов осознается обычно в тех случаях, когда на пути их реализации встречаются неожиданные препятствия или действия приводят к нежелательным последствиям. Попытка поставить под контроль сознания осуществление упрочившихся программ может нарушать течение автоматических действий. Так, если больной со страхом перед неудачей (боязнь ходить, говорить, страх подавиться пищей и т. д.) пытается с помощью сознательных усилий управлять соответствующими действиями, они скорее всего будут выполняться хуже, чем если бы он не обращал на них столь пристального внимания. Страх заикания резко ухудшает речь, боязнь сказать что-нибудь не так чаще всего приводит именно к такому нежелательному результату. Боязнь повторной травмы заметно увеличивает риск ее повторения, так как

нарушается автоматизм реагирования в момент опасности.

Проявления субсенсорного восприятия. Неосознаваемые восприятия, способные оказывать влияние на поведение. Так, стимулы, незамечаемые днем, могут отражаться в сновидениях, как это бывает с первыми болевыми ощущениями. Впечатление о новом человеке нередко связано с восприятием некоторых деталей его внешнего облика, не оставляющих следа в сознании, так что не всегда можно сказать, почему этот человек привлек симпатию или чем-то сразу не понравился. Факт субсенсорного восприятия подтвержден известными экспериментальными исследованиями, в которых незаметно от людей давалась реклама пищевого продукта, в частности, кофе, чая. Это делалось с помощью субтитров на киноленте, не воспринимавшихся кинозрителями. Потребление кофе, например, после этого заметно возросло. Средства массовой культуры могут таким образом манипулировать вкусами и взглядами многих людей. Поскольку воздействие осуществляется, минуя сознание человека, формирующиеся отношения воспринимаются как свои собственные и сложившиеся как бы интуитивно.

Развитие сознания. Сознание человека в ходе его индивидуального развития последовательно проходит ряд этапов. Хотя данная проблема не относится к числу хорошо изученных и достаточно ясных, попытаемся, основываясь на современных литературных данных, дать общее описание этих этапов.

. На первом этапе своего формирования сознание определяется как бодрствующее. Это сознание младенца в возрасте до одного года. Название подчеркивает только факт психической активности ребенка, быстрыми темпами нарастающей от одного месяца к другому и выражающейся в укорочении нормы суточного сна. Если сразу после рождения младенец спит почти все время, исключая периоды кормления, то к концу года он бодрствует 6—10 часов в сутки. Факт бодрствования ничего не говорит о структуре сознания, хотя именно в течение первого года эта структура закладывается в основных своих чертах. Так, если до двух, трех месяцев младенец не различает внешних и внутренних ощущений, то к полугодию это становится ему доступно. Другими словами, для него уже существует внешний и внутренний мир и недифференцированный вначале поток ощущений распадается на два рукава, один из которых дает начало предметному сознанию, а другой — самосознанию. Вероятно, никогда не будет установлено, какими являются и тот, и другой в своих истоках. Можно лишь предполагать, что предметное сознание в ранней своей форме представляет

собой выделение некоторых устойчивых элементов внешнего мира, какие-то точки кристаллизации последующего опыта. Самосознание сводится, по-видимому, только к общему ощущению своего тела, себя, как физического существа. Нет ничего невероятного и в том, что именно в этом возрасте складывается общее эмоциональное ощущение внешнего мира, и самого себя. Если ребенок, скажем, часто болеет, испытывает массу неприятных патологических ощущений, то его самовосприятие будет окрашено отрицательными эмоциями. Если он лишен ласки, тепла и нежности, то и восприятие внешнего мира вызовет у него соответствующий аффективный отклик —боязнь, недоверие.

Реакция на внешние объекты становится отчетливой к четырем-шести месяцам. Дифференция внешних и внутренних ощущений, как один из показателей развивающегося сознания, дополняются другими важными элементами — координацией, связью этих ощущений. С этого момента начинается организация индивидуального опыта, структурирование чувственной основы сознания.

К восьми, девяти месяцам у ребенка складывается достаточно стабильная и адекватная организация среды. Это проявляется, в частности, поиском потерянного предмета. Ребенок понимает, что предмет существует, даже если не видит его. Устойчивые реакции на один и тот же объект указывают на то, что у младенца формируются представления о постоянстве объектов. Конечно, сказать об этом он не сможет не только в этом возрасте, но и много позже, но важно, что он отлично это понимает. Данное обстоятельство представляет особый интерес в плане предположения о том, что созревание более высоких, базисных форм интегративной деятельности опережает развитие операционных функций. В соответствии с используемой здесь терминологией можно высказать гипотезу, по которой надсознательные процессы опережают в своем развитии то, что принято называть собственно сознательными механизмами.

Сложный характер действий ребенка к концу первого и в начале второго года жизни показывает, что реакции ребенка определяются не одной только внешней ситуацией, но что их санкционирование входит в компетенцию «Я». Другими словами, внутренний мир к началу второго года организован столь сложно, что становится регулятором отношений с внешним миром. Это означает, что фундаментальные основы организации личного опыта закладываются в самом раннем возрасте.

В возрасте от одного до трех лет качество сознания становится иным — оно становится предметным. Название

исходит из того, что в содержании сознания доминируют внешние впечатления, внешняя направленность внимания. Считается также, что ребенок, в этом возрасте не выделяет себя из внешней среды, а в том, что он называет себя в третьем лице, усматривают отношение к себе, как к внешнему объекту.

Наблюдения за детьми в этом возрасте показали, что это не совсем так. Уже в возрасте полутора, двух лет можно видеть отчетливые и достаточно дифференцированные проявления самосознания. Дети понимают, что могут заставить своих родителей что-то сделать. Это свидетельствует о том, что у них существует сознание своего «Я» как активного, действующего начала. Дети четко констатируют свои действия, точно называют желания, причем делают это не только в третьем, но иногда и в первом лице, широко используются местоимения «ты», «он», «мне», «мое». Трудности с употреблением местоимения «я» носят скорее языковой, нежели психологический характер. Дети безошибочно узнают свое отражение в зеркале. Гэллап (1977) обнаружил, что в 22—24 месяца, глядя на себя в зеркало, дети определяют, что у них испачкан нос. Из животных такой способностью обладают только шимпанзе. Можно также наблюдать, как на втором году дети прерывают начатое действие и при этом вопрошающе смотрят на взрослого. Позднее ребенок будет сопровождать этот взгляд словами «нет, нет». Это означает, что внешние запреты довольно рано становятся у детей частью их внутренней структуры.

К трем годам появляются представления о мышлении как о чем-то скрытом от посторонних. Окружающие, считает малыш, не могут видеть, как он думает, так как на голове «сверху находится кожа или нет больших дырок». Есть и другие объяснения, но главное здесь состоит в том, что ощущение интимности, изолированности, закрытости внутреннего мира формируется очень рано, быть может много раньше, чем дети могут объяснить. Они хорошо понимают, что кукла не умеет думать и не знает, как ее зовут. Некоторые дети уверены, что думают они головой, возможно, зная это от взрослых, но что особенно важно, они ощущают активность мысли, осознают этот процесс как нечто присущее их «Я». Большинство знает назначение других частей тела, а когда их спрашивают, зачем им два глаза или два уха, дают понять, что без этого никак нельзя. На фотографиях с радостью узнают себя и называют свое имя. Обнаруживают хорошо развитое чувство собственности — не отдают свои игрушки, а позаимствованные у других детей считают своими. Слово «мое» относится не только к числу первых, но и самых употребительных в их лексиконе. Это показывает, что идет бурный, экспансивный рост самосознания, причем хорошо

видна активность механизмов присвоения, интериоризации внешних впечатлений и превращения последних в элементы структуры «Я». Достаточно отчетливо выраженная к этому времени способность понимать душевное состояние другого человека свидетельствует о том, что ребенок помнит о своих прежних эмоциональных реакциях и может действовать в соответствии со своим личным опытом переживания — обнять кого-то, приласкать, дать игрушку, сладости. Все вышесказанное говорит о том, что предметное сознание в этом возрасте сосуществует со сложными и довольно дифференцированными представлениями о своем внутреннем «Я». Внешние впечатления ребенка также организованы, и не только в пространстве, но и во времени. Ребенок может прогнозировать некоторые события, например, уход и возвращение матери, поощрения и замечания. В целом у него складывается более или менее устойчивая картина внешнего мира и понимание своего места в нем. Ребенок осознает, что внешний мир в известной степени подвластен ему, и он может действовать в нем по своему усмотрению. Складывается определенная структура отношений с окружающим миром, причем она опосредована личностью ребенка.

Воспоминаний о себе до трех, четырех лет, как уже упоминалось, не сохраняется. В памяти остаются лишь отдельные внешние впечатления. Первые впечатления о себе относятся к четвертому, пятому году жизни, реже — к более раннему возрасту. Зачастую они оказываются ошибочными — это поздние фантазии, сновидения, рассказы окружающих, включенные в образ своего «Я». Природа детской амнезии не установлена. Связать ее с вытеснением ранних сексуальных комплексов, как пытался это сделать Фрейд, не удалось. Существует гипотеза, по которой ранние впечатления, основанные на «проксимальных» ощущениях, не запоминаются из-за отсутствия у детей адекватного запаса слов и неспособности организовать впечатления для сохранения их в памяти (Слобин, Грин, 1976). Если учесть, что запас слов к этому возрасту становится достаточно большим, как и запас знаний, то и эта гипотеза не кажется убедительной. Генезис детской амнезии, возможно, имеет, нейробиологические, а не психологические причины. Возможно, он связан с тем, что объем символической памяти и взаимодействие между разными формами памяти у детей все еще недостаточны для запоминания большого объема информации.

Возрасту от трех до семи, девяти лет соответствует новый уровень развития сознания — индивидуальное сознание. Название подчеркивает прежде всего факт усложнения и дифференциации самосознания. Внешне это выражается в

том, что ребенок уверенно, начиная с трех, четырех лет, пользуется личными местоимениями. Он ощущает себя единой и устойчивой структурой, ядром которой является сознание принадлежности к «Я» побуждений, мыслей и чувств. Весьма характерно ощущение своей автономии, самостоятельности. С этим ощущением связан физиологический негативизм детей — они противятся всякому вмешательству извне, утверждая тем самым право иметь собственные ценности. Ребенок уже понимает, что им дорожат, его ценят, что он имеет какой-то вес в глазах окружающих. Отсюда проистекает желание «показать» себя, привлечь к себе внимание, а также гнев, возникающий при появлении препятствий на пути к цели.

В три, четыре года ребенок отождествляет себя с одним из родителей, копирует его. Это значит, что он хорошо разбирается в социальных ролях, какие играют отец и мать. Имитирует однако он лишь то, что определено его потребностью в самоутверждении, существованием устойчивого внутреннего образа своего «Я». Другими словами, ребенок перенимает ту роль, какую он сам хотел бы играть. Мальчики обычно выбирают роль отца, девочки — матери, основываясь на происшедшей ранее половой идентификации. Половое отождествление осуществляется в возрасте до двух лет и это хорошо видно по играм и игрушкам, которые в это время предпочитает ребенок. Если половая идентификация и связанные с нею игры, отношения взрослых доставляют комфортные ощущения, половая роль фиксируется, даже если она оказалась несоответствующей биологическому полу. Выбор пола является, таким образом, основой для общей психологической идентификации, то есть выбора мужской или женской психологии, а также сексуальной ориентации. Психологическая идентичность в дальнейшем конкретизируется путем частных отождествлений с мужскими и женскими социальными ролями.

В указанном возрасте дети имеют представление о своем идеальном «Я» и могут сравнивать его с тем, как они воспринимают свое реальное «Я». Здесь появляется, следовательно, определенное отношение к себе, самооценка. Дети могут говорить о себе одобрительно или осуждающе, нравиться себе или нет, начинают стесняться, появляется чувство стыда.

Сообщая о себе, дети приводят тем не менее характеристику своих внешних данных: рост, цвет волос, любимое занятие. Точно также описывают других людей. Причины своего поведения видят, в основном, вне себя, и, если недовольны собой, то жалуются на окружающих. С шести лет начинают

понимать, что окружающие судят о них не по внешности, а по поведению, их начинает интересовать мнение других, о себе. Четко разграничивая внешний и внутренний мир, еще не всегда уверенно отличают в своих представлениях деятельность воображения и то, что соответствует действительности. Повышенная склонность к фантазированию довольно часто приводит к смешению того и другого — в этом возрасте особенно ярко проявляются аутистические тенденции мышления, нормальные для данного периода развития. Дети проявляют повышенный интерес к сказкам и едва ли ясно понимают, что они — вымысел — настолько живо и эмоционально реагируют на их содержание. Охотно идентифицируют себя со сказочными персонажами, обнаруживая тем самым свои первичные нравственные ориентации. Иногда путают намерения с действиями — то, что хотелось им сделать, кажется позже сделанным. Взрослые думают, что дети обманывают, лгут, но это не так. Дети не умеют еще лгать, они просто не в состоянии бывают понять, где выдумка и где правда.

Обогащаются и дифференцируются представления о внешнем мире. В нем ребенок чувствует себя хозяином положения, а окружающее рассматривает как нечто вращающееся вокруг него. Все, что ребенок воспринимает, он видит через призму того, что ему известно о непосредственном окружении. Так, если в семье четверо человек, то семья становится как бы моделью любой другой группы. Разглядывая, например, стаю птиц, малыш старается определить, где среди них папа, мама, брат и он сам, причем как тех, так и других членов семьи в птичьей стае нередко оказывается несколько. И в этом возрасте и много позже он считает людей похожими друг на друга и прежде всего на него самого.

В возрасте от 9 до 14 лет сознание обогащается социальным содержанием, отражая тем самым расширение сферы контактов с людьми. Здесь наблюдается последовательная смена коллективного сознания общественным, а затем социальным. В значительной степени это связано с преодолением доминировавшей ранее эгоцентрической позиции, большей открытостью для влияния других людей. Возросшая способность разделять точку зрения других людей, естественно, сопровождается повышением интереса к ним, усилением тяги к общению. Подростки в первую очередь тянутся друг к другу и образуют множество разного рода неформальных групп (рокеры, митьки, панки и т. д.). Взрослые люди им менее понятны, по отношению к ним и их ценностям наблюдается даже некоторое отчуждение. В группе подросток узнает о многих ранее малоизвестных ему аспектах жизни, а также о собственных раскрывающихся социальных качествах, определяющих характер

межличностных отношений. Отношение к другим подросткам в значительной степени определяется не тем, каковы они сами по себе, а их принадлежностью к той или иной компании. Большей частью группы изолированы одна от другой, отношения между ними могут быть враждебными. Более заметными величинами в самооценке теперь становятся не внешние, а социальные и психологические свойства. Из социальных свойств на первый план выдвигаются такие, которые выявляются в отношениях партнерства, дружбы, соперничества, зависимости («не лезу в драку», «могу заступиться», «не люблю, когда мной командуют» и т. п.). В психологическом плане отчетливо различаются мыслительная и мотивационная категория. Подросток обычно очень дорожит мнением сверстников себе. Порою оно для него важнее, нежели мнение родителей, учителей и даже свое собственное, поэтому он может делать все от него зависящее, чтобы завоевать расположение своих товарищей. В этом возрасте он начинает размышлять о себе, следить за своими мыслями, поступками, так или иначе формировать и оценивать их с позиций норм и идеалов группы, к которой принадлежит. Сравнивая себя с другими, позже приходит к выводу о том, что его мысли и чувства уникальны, единственны в своем роде, но свой социальный облик рассматривает через призму стандартов группы. Здесь впервые появляется понимание того, что представляет собой характер. Во всяком случае, поведение других людей подросток склонен объяснять устойчивыми чертами характера. В то же самое время причины своих поступков он все еще выводит из внешних условий.

Главным приобретением сознания в данном возрасте является, таким образом, понимание того факта, что люди существуют не каждый сам по себе, но что все они связаны между собой и образуют социальные структуры разного типа, и что индивид представляет собой не просто единство физических и психологических свойств, а обладает определенными социально обусловленными качествами.

Формированию высшего, рефлексивного качества сознания, по крайней мере в общих его чертах, соответствует возраст от 14—16 до 18—20 лет. Именно в этот период складывается более или менее целостная и относительно завершенная система представлений о мире, о себе и своем месте в обществе, о своем предназначении в будущем. Рефлексивным это осознание называют потому, что оно обеспечивает самопознание и познание мира с позиций объективных ценностей, поднимая человека над ситуациями и вещами, а также своими желаниями и чувствами.

Изменения, происходящие в этот период во внутреннем мире

настолько стремительны, что многие из них впоследствии не сохраняются в памяти. Взрослые лучше помнят о детских впечатлениях, нежели о том, что испытывали во время отрочества и юности. Можно, пожалуй, говорить о юношеской деперсонализации, как о нормальном, физиологическом явлении в том смысле, что многие переживания скользят как бы по периферии личности, воспринимаясь с оттенком отчуждения. И позже они кажутся несколько странными, оцениваются как блажь или чудачество, стоящими в отдалении от того, что ощущается имманентно присущим ядру личности. Некоторые психологи склонны рассматривать это отчуждение как форму психологической защиты, помогающей пережить юность более спокойно. Главные достижения этого возраста таковы:

— растущая интегрированность мыслей, чувств и действий, появление внутреннего согласия;

— укрепление уверенности в силе своего «Я», вера в способность контролировать свое поведение, мысли и чувства. С этим связана даже некоторая самоуверенность, оппозиционное отношение к навязываемым извне стандартам мышления, вызывающая и порой шокирующая окружающих смелость суждений;

— способность видеть не только настоящее, но также прошлое и будущее в их связи между собой, сравнивать то, что есть, с тем, что могло или должно быть. Отсюда вырастает протест против существующего, критицизм, бунтарский дух, максимализм взглядов и требований, непреклонность и радикализм принимаемых решений;

— формирование самооценки с учетом совокупности всех личностных качеств: физических, психологических, социальных. Внешность оказывает на самооценку заметное влияние особенно в юности, и если желаемое не совпадает с действительным, возможны и часто встречаются так называемые дисморфофобические реакции с характерным для них преувеличением физического недостатка, подавленностью и стеснительностью. Для девушек наиболее важными для самооценки внешними

качествами являются лицо, талия, грудь, рот и зубы, а для юношей — рост, тип телосложения, бедра, рот и ширина плеч. Девушки чаще недовольны своей внешностью, и отклонения от того, что хотелось бы им иметь, они переживают более остро, чем юноши. И девушки и юноши в целом ориентированы на положительное восприятие скорее мезоморфного типа телосложения. К людям с эндоморфной телесной конституцией они чаще относятся отрицательно.

Тем не менее оценка внутренних качеств преобладает над оценкой внешности. Состояние внутреннего мира привлекает большее внимание, поэтому самоанализ или рефлексия в этом возрасте обострены иногда до патологической степени. Многие в себе кажутся неожиданным, неизвестным, так что самосознание превращается в серию удивительных открытий. Это может способствовать употреблению наркотиков. Среди наркоманов бытует убеждение, что подлинное «Я» раскрывается только в опьянении. Весьма важное значение придается социальным качествам личности, так как идет выбор профессии, жизненного пути. Многие зависят от того, будет ли этот выбор адекватным самым сильным сторонам личности. Видное место занимает в этом романтическом возрасте духовная проблематика, ценностная ориентация. Здесь впервые появляются Острые переживания смыслоутраты и, вероятно, с этим связан первый возрастной пик самоубийств;

— переход от конкретно-ситуационного понимания внешних явлений и самого себя на концептуальный, что в значительной мере связано с созреванием мыслительных структур. Это находит выражение в интересах к отвлеченным проблемам, к вопросам психологии, этики, философии, искусства. Увлеченность общими вопросами обогащает личность, позволяет отказаться от прежних узких групповых норм и ценностей, выйти на простор глубоких и свободных размышлений. При психических заболеваниях эта естественная потребность превращается в особый род одержимости, обозначаемый как симптом философической интоксикации. Юноши начинают понимать свою неповторимость, самобытность и потому иногда тяготеют к индивидуализму. Не скованные рутинной жизненной опытом, они на многое смотрят совсем иными глазами, лучше видят теневые стороны жизни и острее на это реагируют, отчего бывают склонны к депрессивным реакциям, легко сменяющимся, впрочем, состояниями воодушевления и повышенной активности.

В клинической практике пользуются представлениями о предметном сознании и самосознании. В соответствии с этим разграничиваются нарушения самосознания и расстройства предметного сознания.

5.2. Нарушения самосознания

Проявляются жалобами больных на чувство измененности, утраты, отчуждения или потери единства собственной личности — аутопсихическая деперсонализация, своего тела («телесного «Я») — соматопсихическая деперсонализация, а также переживанием нереальности и отчуждения

окружающего мира — аллопсихическая деперсонализация или дереализация. Наблюдаются различные нарушения самосознания.

Психическая анестезия. Это ослабление и утрата актов самовосприятия. Характеризуется выпадением из сознания различных сторон образа собственного «Я». «Купюры» сознания могут касаться как телесного, так и внутреннего «Я», а кроме того, той части внешнего пространства, на которое распространяется чувство личной принадлежности. Кульминацией в развитии данного варианта патологии самосознания является утрата ощущения витальности, то есть убежденность в своей смерти, безжизненности. Одновременно с нарушениями самовосприятия нередко выявляются признаки депрессии. Последняя называется анестетической депрессией. Реже встречается анестетическая мания. Типичны обостренная рефлексия, болезненная реакция на ощущение измененности своего «Я». Представляется возможным разграничить ряд вариантов данной формы патологии самовосприятия. Следует лишь заметить, что они могут сочетаться друг с другом, и составлять разнообразные комбинации.

Телесная анестезия — выпадение актов восприятия собственного тела или отдельных его частей: «Не чувствую тела ниже пояса... Тела как будто нет совсем—остались одни глаза... Чувствую только голову, а тело — нет... Тело невесомое, почти не ощущаю его... Просыпаюсь с ощущением, что нет кисти руки, в страхе ищу ее... Тела нет, только сердце колотится...

Ощущение человека, который схватил свою отрубленную голову и бежит».

Утрата сознания актов восприятия и представлений о внешнем мире: «Ничего вокруг меня будто нет, я осталась совершенно одна... Все вдруг исчезло, кругом пустота, и в ней — я... Мир, кажется, удаляется, исчезает, а же остаюсь здесь...».

Утрата сознания собственной активности: «Чувствую себя роботом, автоматом... Делается все само по себе, без моего участия... Я не чувствую своих усилий, когда что-нибудь делаю, только констатирую, как действует мое тело... Я встаю, открываю холодильник, выпиваю молоко, но все это само делает мое тело, не я...».

Утрата сознания эмоций: «Нет никаких чувств, ни хороших, ни плохих... Стала бесчувственной, как чурка... Все вижу, понимаю, но в душе пустота, все замерло, будто там ничего

нет... Я — живой труп, кажется, что давно умерла... Как деревяшка стала, хоть бы шелохнулось что внутри...».

Утрата сознания активности мышления: «Мыслей нет, совсем не думаю... Нет памяти, ничего не соображаю, голова пустая... Говорю и не думаю, только слышу, что сказала... Скажу, а потом только доходит, что это я сказала... Вопросы слышу и тут же отвечаю, только языком, а голова не думает... Ничего не понимаю, отвечаю механически, вроде бы по привычке...».

Утрата восприятия внутренних ощущений: «Внутри пусто, будто полый весь... Я вроде трубы, ничего не ощущаю в себе... В груди ничего нет, все затихло, замерло там...».

Чувство неясности, потери сознания: «Будто не проснулся совсем, полусонный... Все время в какой-то полудреме... Хожу как во сне и себя во сне вижу... Кажется, вот-вот потеряю сознание... Чувствую, что сознание покидает меня... Нахожусь будто в обмороке: вижу, слышу, но нет реакций... Полуобморочное состояние...».

Утрата сознания индивидуальности: «Стал безликим, нет ничего своего... Потерял свое лицо, растворился, моего «Я» больше нет... Живу рефлексам, привычками — надо, вот и делаю, забыл, как бывает по-моему».

Утрата сознания «Я»: «Меня больше нет, мое Я исчезло... Меня нет вообще, больше не существует... Мое «Я» на нуле, на точке замерзания... Я теряю себя, как будто не осознаю себя... Исчезаю от себя, будто меня нет совсем. Проснусь и не знаю, кто я и где я... Не знаю, где мое «Я», не ощущаю себя... Меня нет, осталась оболочка, видимость. Я исчезаю из мира...». Один из пациентов на предложение полегчить ответила «Кого Вы собираетесь лечить? Меня ведь нет, надо вернуть вначале меня, а потом и лечить».

Дереализация — утрата сознания реальности окружающего и самого себя: «Окружающее будто бы снится, а не есть на самом деле... Все не настоящее, грезится... Я будто не жил, и прошлое приснилось... Не пойму, я есть на самом деле или мне это только кажется... Все стало таким призрачным, и вот-вот исчезнет... Все будто бы нарисованное, сотри — и ничего не будет. Покрыто все дымкой и колыхается, точно мираж... Кажется, что это не действительность, а ее тень... Все ненастоящее, это как бы мое ощущение...». Термин дереализация чаще используют для обозначения изменившегося восприятия внешнего мира, но этому можно возразить — точно таким же может быть и восприятие себя

самого.

Утрата эмоционального резонанса — выпадение из сознания актов восприятия эмоционального отклика, сопровождающего взаимодействие с внешним миром. Вследствие этого возникает чувство разобщения с окружающим: «Мир там, в другом месте, а я — здесь... Я оказалась в стороне от других, вроде сбоку... Я как сторонний наблюдатель — жизнь сама по себе, а я — сам по себе... Меня нет в том мире, я отдельно от него... Нахожусь в каком-то ином мире, и вроде сверху смотрю на все... Жизнь идет мимо, и я не участвую в ней, будто стою на обочине... Я будто под прозрачным колпаком, изолирован от всех... Как будто в воде нахожусь и все вижу оттуда...».

Утрата сознания витальности — потеря ощущения жизненности: «Не могу понять, живой я или уже мертвый... Смотрю на свою руку, а она омертвелая... Гляжу мертвыми глазами... Я — труп, мертвец... Да, я говорю, двигаюсь, но я мертвый, умер, надо хоронить... Прихожу в себя после обморока и кажется, что воскресла из мертвых... Я давно мертвяк, разве не видно вам?... Я покойник, мертвый, только говорю. Для других я живой, а так-то мертвый... Чувствую, как жизнь покидает меня... Я умирал и потом оживал три раза... Кажется еще немного, и я умру, я чувствую, как умираю... Нет ощущения тела, сна, голода, боли, жажды, чувств к родным. Пустота внутри и оттуда запах гнили. Думала, что не жива, труп... Умираю, лечу куда-то в яму..., и кажется слышу, как сверху земля сыплется, мне так хорошо, тихо...». Пациентка сообщает, что во сне «умерла», стала «пустой», так как «душа вылетела из тела». Почувствовала, что изо рта течет сукровица. В этот момент вспомнила о дочери, в страхе проснулась. Говорила после этого мужу, что она «мертва». В последующем вспоминала о пережитом не как о сновидении, а об «умирании во сне», стала панически бояться ночного сна. Некоторые пациенты думают, что мертвы не только они, но и окружающие: «И вы все такие же трупы, что и я». Это убеждение возникает, вероятно, вследствие транзитивизма — распространения собственных ощущений на окружающих людей.

Отчуждение или деперсонализация. Утрата чувства принадлежности к «Я» собственных психических актов. Прямо противоположным деперсонализации феноменом является персонализация — присвоение внешних впечатлений и включение их в структуру своего «Я». Оба указанных явления нередко сочетаются, правда, деперсонализация встречается (или выявляется?) значительно чаще.

Отчуждение может распространяться на различные аспекты собственного «Я»: внешние объекты, которые обычно воспринимаются принадлежащими личности, присвоенными; собственное тело, психические акты, а также более сложные личностные субъединицы. Примером аллопсихического отчуждения является переживание отстраненности, возникающее при восприятии родных людей, своей одежды, собственных вещей, квартиры и всего прочего, что стало близким человеку: «Знаю, что это моя мать, но кажется, будто она — посторонняя женщина... Смотрю на своих детей, а они как не мои, от других людей, чужие... Комната как-то странно изменилась — все стоит на месте, и тем не менее что-то не так, вроде она не моя, чужая... Вижу свою одежду, понимаю, что моя, но она кажется чьей-то, будто принадлежит другому человеку... Иду по своей улице, все тут знаю, но кажется незнакомым, такое чувство, будто попал в чужой город...». По типу аллопсихического отчуждения протекает фаза первичной реакции у узников фашистских концлагерей — «острая деперсонализация», по Коэну. Ее содержанием является чувство отдаленности от происходящего: «я не имею к этому отношения». Автор рассматривает такое отчуждение как форму психологической защиты «Эго», иначе осознание смертельной опасности, сильнейшая из психологии фобий травма, неизбежно повлекла бы аффект ужаса. Острую деперсонализацию относят к реакциям аномальных переживаний. В. Франкл так не думает, считая аномальной ситуацию, а не реакцию на нее: «Есть вещи, перед которыми человек теряет разум — или же ему нечего терять». Во второй фазе адаптации, с характерной для нее апатией, также рассматриваемой в качестве механизма защиты психики, от узников «все отскакивало, как от брони», жизнь по ту сторону проволоки казалась людям «нереальной», было ощущение, будто «сам ты не из того мира», «выпал» из него — так мог бы видеть мир покойник, вернувшийся с того света: потусторонним, недоступным, недостижимым, призрачным. В третьей фазе освобождения также переживается отчуждение внешнего мира. Вначале все происходящее кажется похожим на чудесный сон, в него долго не верится. Бывший узник не может радоваться своему освобождению и новой жизни — он отвык, не в состоянии принять ее. Лишь лозже возвращается непосредственное ощущение жизни, и в то же время прошлое, концлагерь, начинает вспоминаться как кошмарный сон, как нечто далекое от действительности. Соматопсихическое отчуждение проявляется потерей принадлежности к «Я» своего собственного тела: «Тело как оболочка, футляр, вроде постороннего предмета... Смотрю на себя со стороны, будто рядом идет другой человек... Руки вроде не мои, постоянно мешают, взяла бы и отстегнула их... Тело какое-то чужое, будто от другого человека... Смотрю не своими глазами, а словно чужими... Смотрю на руки, тело и

удивляюсь, почему они такие, зачем... Не знаю свой голос, будто говорит другой человек... Плохо чувствую боль, будто не моя она, не беспокоит меня... Болит словно не у меня, а где-то в стороне, далеко...». Аутопсихическое отчуждение касается собственных действий, побуждений, мыслей, чувств, воспоминаний. Обычно сопровождается ощущением непроизвольного их течения:

«Все происходит не со мной, а с кем-то посторонним; я должна повторять, что делаю все сама, что все это происходит со мной, иначе впадаю в какое-то беспамятство.... Беру стакан не своей рукой, будто приказываю ей.... Мысли не мои, идут сами по себе, как со стороны... Вселяется чужое сознание и смотрит моими глазами... Все делаю механически, внутри совсем другой человек... Живу во сне, как с другим человеком все происходит... Вроде что-то толкает меня это делать, как голос... Это внутренний гипноз... Какая-то сила внутри меня, и она заставляет меня действовать... Я для себя исчез, все делается помимо воли, смотрю на себя со стороны. Никаких мыслей нет, удивляет, для чего я все это делаю — гипноз изнутри... Внутреннее колдовство, оно вошло в меня и действует оттуда... Чувства не мои, они вроде перешли от других людей... Смешно, смеюсь, но будто не я смеюсь... Воспоминания навязываются, откуда-то лезут сами» будто их вкладывает кто в голову... В зеркале вижу себя, но внутри не я...». Отчуждение собственной активности, на что указывают эти наблюдения, нередко воспринимается пациентами как ощущение внутреннего принуждения. Переживание насильственности нередко проецируется наружу, во внешний мир (это вообще свойственно феноменам отчуждения), и тогда появляется чувство овладения или влияния извне. Нередкий в клинической семиотике симптом транзитивизма, то есть переноса на других людей своих переживаний, вероятно, также связан с отчуждением, проекцией. Так, пациент думает, что это не у него болит зуб, а у кого-то из посторонних. Или это не ему свойственна возбужденность, а присутствующим в это время другим людям. В психологическом плане речь идет о проекции — механизме, который нередко используется и здоровыми субъектами в целях психологической защиты. По механизмам проекции возникает, в частности, и феномен, известный под названием «изменение олицетворения» или «олицетворенное восприятие»: собственное душевное состояние проецируется во внешний план так, что пациент воспринимает окружающее «зловещим», «пугающим», «радостным», «безжизненно холодным» и т. п. Можно предположить также, что именно с феноменом отчуждения связано свойственное многим имеющим его пациентам переживание открытости, когда внутренний мир лишается своей интимности и он становится

как бы доступным всеобщему обозрению.

Присвоение внешних впечатлений проявляется в том, что внешнее пространство и объекты, в нем находящиеся, воспринимаются пациентами как близкое себе, как часть своего внутреннего мира, как бы находящиеся в нем самом: «Все, что вижу, находится будто внутри меня... Мое «Я» увеличилось, стало огромным... Вижу человека метрах в ста и боюсь задеть его, такое впечатление, что мы может столкнуться с ним... Смотрю на Ангару, и она кажется частью моего «Я»... Посторонние люди кажутся знакомыми, к ним появляется чувство родственности, такое, что случайный человек воспринимается как мой близкий друг... Предметы движутся в моем направлении и влетают в меня... Говорю, но не наружу, а внутрь себя самого... Люди разговаривают, а голоса их слышу не около, а внутри себя, в голове... Разговаривающий проникает ко мне прямо в мозг... Трогаю себя, а такое чувство, будто задеваю что-то внутри...». Как показывают приведенные примеры, присвоение может быть адресовано не только психическому, но и телесному «Я».

Отчуждение, как и присвоение, могут распространяться не только на обычные и нормальные для данной личности психические акты, но также на те из них, которые возникли под влиянием болезни. К примеру, сенестопатии могут восприниматься как нечто оторванное от личности, чуждое ей, так, будто бы эти патологические ощущения принадлежали кому-то другому. Галлюцинации, порождение собственной психики, оцениваются как что-то постороннее, внешнее по отношению к обладающему ими пациенту. Абсурдные мысли, отчуждаемые или не свойственные ранее данной личности, могут восприниматься как ее собственные, ей принадлежащие. Импульсивные влечения противоестественного характера в тот момент, когда они овладевают пациентом, субъективно переживаются им как внутренне присущие его личности. Лишь позднее они будут расцениваться как непонятные, дикие и ненормальные явления. Все это похоже на то, как если бы в одном человеке существовала не одна, а несколько личностей, и то, что одна из них считает «своим», другой кажется неприемлемым и чуждым. Из сказанного вытекает также предположение о том, что критическое отношение к заболеванию каким-то образом связано с определенным качеством самосознания и, по крайней мере, в части случаев (исключая прежде всего слабоумие, спутанность сознания) утрата критики к патологическим переживаниям имеет в своем основании явления присвоения и отчуждения. Встречаются пациенты, которые не только осознают факт болезни, но твердо убеждены в том, что если кто-то и здоров, то это, конечно, они; болезнь они могут усматривать при этом не у себя, но у

других.

Явления отчуждения и присвоения, сочетаясь, объясняют психологическую природу некоторых парных патологических феноменов, встречающихся то порознь, то вместе у одного и того же больного.

Так, это состояния никогда не виденного, не слышанного (или воспринятого, если говорить короче), во время которых известное, знакомое, ставшее близким личности переживается как нечто новое, непривычное, чуждое. Иначе говоря, речь идет об аллопсихическом отчуждении. Иногда собственное тело ощущается незнакомым, как бы увиденным впервые — тот же феномен в переживании своего тела. С чувством новизны и незнакомости воспринимаются интрапсихические процессы — феномен «никогда не пережитое». В данном случае отчуждение распространяется на аутопсихическую сферу. Состояние «никогда не пережитое» может сопровождаться реакцией удивления, но нередко ему сопутствует чувство страха (удивление считают в психологии одной из форм страха. Отличие между ними в том, что при страхе внимание сосредоточено на переживании опасности, а в удивлении — на причинах нового явления). Обычно это страх сумасшествия. Появление подобных страхов указывает, следовательно, на факт или возможность острых деперсонализационных кризов с феноменологией отчуждения... Следует заметить, что страх сумасшествия имеет и другие причины. В некоторых случаях он сопровождает сенестопатии, особенно локализованные в области головы; бывает связан с явлениями ментизма, другими нарушениями, причем возникает одновременно с ними, как бы первично, по типу протопатической эмоции. Страх сумасшествия может возникать и как реакция на осознание факта психических расстройств у тревожно-мнительных людей или на фоне тревожной депрессии.

Антиподом упомянутым являются состояния «уже виденного, услышанного, пережитого». Когда они затрагивают сферу внешних впечатлений, это соответствует, вероятно, переживанию присвоения в аллопсихической сфере. В телесном плане оно проявляется в том, что выполняемые в данный момент действия воспринимаются пациентом с ощущением их повторения, так, будто в прошлом он уже делал однажды то же самое. В интрапсихическом плане состояние «уже пережитого» может проявиться в отношении новых, неизведанных ранее внутренних состояний и опять-таки с ощущением того, что они были когда-то знакомы и в данный момент только повторяются.

Вторым парным феноменом является криптомнезия в том ее

проявлении, которое обозначают отчужденными и присвоенными воспоминаниями. В первом случае, как указывалось ранее (см. главу «Нарушения памяти»), воспоминания о реальных событиях прошлой жизни воспринимаются так, будто ничего из этого на самом деле не происходило и берет начало из прочитанного, услышанного или увиденного во сне. В другом случае напротив, частью представлений о себе становятся внешние впечатления: почерпнутое из рассказов, книг, даже фантастических кажется лично пережитым в действительности, а в сюжете кинофильма пациент усматривает случившееся с ним самим, хотя бы эти события были абсолютно невероятными. Чужая идея кажется своей собственной, а принадлежащая себе — у кого-то заимствованной.

Третий парный феномен мы назвали бы ролевым отчуждением и присвоением. Любой человек играет в жизни самые разные роли, никогда, однако, полностью не идентифицируя себя со своей социальной ролью или тем человеком, которому он подражает. Тем не менее ролевое перевоплощение меняет стиль поведения и психологические качества индивидуума. Так, Демосфен, страдавший тяжелым заиканием, произносил покоряющие слушателей речи безукоризненно чисто, но только если он голосом, жестами и дикцией подражал афинскому стратегу Периклу. Застенчивый человек в роли нерешительного может вести себя совсем иначе. Деперсонализация, касающаяся социальных аспектов деятельности, может выражаться в том, что пациент воспринимает свое ролевое поведение как совершенно чуждое его личности: «Меняю одну маску на другую. Я только играю ту или иную роль, что-то все время изображаю... Веду себя искусственно, наигранно, а не так свободно и непринужденно, как раньше... Не чувствую себя наедине, а на людях меняю одну маску другой... Стал какой-то фальшивый, постоянно чувствую, что все делаю не так...». Отчуждение при этом касается не только содержания ролевой игры, но часто затрагивает сферу невербальных коммуникаций: «неестественность мимики», «не такой голос, неестественные интонации», «деланные и лживые жесты», «не улыбка, а какая-то гримаса...». Нередко встречается обратное явление: роль, игра, намеренное изображение полностью присваиваются пациентом и при этом овладевают им до такой степени, что он не всегда бывает способен выйти из созданного им самим искусственного перевоплощения. Так, истеричный пациент, войдя в роль обиженного человека, начинает в конце концов считать себя обиженным на самом деле. Разыгрывание возмущения может закончиться совсем нешуточным гневом. Актерские перевоплощения в этом смысле близки истерическим состояниям сознания. Подобные вещи мы не раз наблюдали также у лиц,

страдающих шизофренией. Так, пациент, вообразив себя в роли оратора, забывался до такой степени, что совершенно выключался из реальной ситуации, начинал громко и горячо произносить речь, сопровождая ее подобающей случаю жестикуляцией. Ролевое перевоплощение иногда наступает под влиянием представлений о том, как окружающие оценивают пациента: «Мне сказали, что я падшая женщина. Теперь я вынуждена играть эту роль, кокетничать, делать мужчинам намеки, хотя все это мне ненавистно». В детской психопатологии описаны своеобразные расстройства самосознания в виде игровых перевоплощений: представляя себя в роли животного, сказочного персонажа или литературного героя, ребенок «заигрывается» настолько, что долгое время не может переключиться на обычную свою роль даже побуждаемый к этому извне. При синдромах одичания (описаны в клинике «тюремных психозов») находящийся в состоянии истерического психоза пациент в течение длительного времени может пребывать в роли какого-нибудь животного или дикаря. Изображение дикого человека вообще считалось ранее наиболее частой формой симуляции помешательства. Синдром одичания наблюдается, как правило, в контексте других проявлений истерического психоза (пуэрилизма, ложного слабоумия и т. д.). Пациенты полностью забывают о своей цивилизованной роли, вытесняют ее (отчего данное расстройство называют иногда синдромом регресса психики), неосознанно входя в образ какого-нибудь иного существа. Продуктивная симптоматика истерического перевоплощения очень выразительна: пациенты рычат, лают, кусают прохожих за ноги, хрюкают, бывают неопрятны, едят из миски на полу и т. п. Синдром одичания после тяжелых психических потрясений возникает остро, а в иных случаях — постепенно, минуя ряд промежуточных стадий реактивного психоза. Бредовые перевоплощения в психологическом плане имеют если не идентичную, то во всяком случае сходную природу и основаны на присвоении (превращение в мессий, великих людей и т. д.).

— Наконец, с переживанием отчуждения и присвоения связан столь часто встречающийся феномен, как «раздвоение» или лучше сказать, «расщепление личности». Его психологическую основу составляет, по нашим наблюдениям, механизм отчуждения.

Существуют различные клинические формулы расщепления личности. Одна из них состоит в расколе личности на две сферы: соматопсихическую и аутопсихическую. Вероятно, данный тип расщепления затрагивает наиболее глубокий, чувственный уровень самосознания, на котором дифференцируются внешний и внутренний комплексы

ощущений, а последний вскоре распадается на телесное и психическое. Пациенты описывают свои переживания следующим образом: «При засыпании возникает ощущение, будто тело остается внизу, а душа отделяется, поднимается вверх... Бывает состояние, точно душа смотрит на тело со стороны... Сознание отделилось от тела, отлетело, и я наблюдал себя со стороны... Испытывал чувство, когда душа покинула тело, вылетела наружу в виде темного комочка... Перед обмороком душа вылетает и падает в руки матери... Тело мое здесь, на Земле, а душа — на Марсе... Было ощущение, будто душа оставила тело, остановилась где-то у лампочки, и видела тело оттуда...». Душа покидает тело, и я могу приблизиться, чтобы посмотреть на него: оно кажется безжизненным, а глаза мертвыми... Моему «Я» нет места — оно бывает всюду. Если я думаю о себе, оно во мне, когда смотрю на ручку, стол — оно там, в них. «Я» стало неопределенным, бесформенным... Мое сознание вселилось во сне в молодого человека, который летал с другом над землей... Личность не цельная: душа — одно, тело — другое, ум — третье. Они между собой постоянно спорят и не могут прийти к одному мнению — как быть... Закрою глаза и вижу ее, душу, сбоку, как мое лицо. Иногда душа выскакивает из меня и кричит: Надоело, я хочу на свободу. Слышу мой голос со стороны...» Тело большей частью воспринимается отчужденным, сторонним, лишь частично отождествляемым с «Я». В популярной мистической литературе об умирании в последние годы много пишут о смерти, связывая ее с отделением души и тела, что удивительным образом согласуется с весьма архаичными представлениями на этот счет. Приводятся многочисленные свидетельства очевидцев, правда, однообразные, переживших состояние клинической смерти и будто бы подтверждающих факт странствий души в потустороннем мире. Вероятно, в таких свидетельствах есть немалая доля истины, особенно если иметь в виду возможность развития в премортальных состояниях расстройств самосознания, а позже — криптомнезии. Нарушению самовосприятия с характером присвоения на данном уровне функционирования сознания соответствуют болезненные состояния, во время которых внешние объекты пациенты воспринимают как часть своего внутреннего мира (например, тело «мое», а внутренний мир происходит от другого человека, о котором пациент читал).

Другой вариант клинической формулы расщепления личности характеризуется переживанием раздвоенности в одной из сфер самовосприятия: соматопсихической, аутопсихической или аллопсихической.

В соматопсихической сфере это ощущение разделения тела на отдельные части: «Тело разделилось по пояс, обе части

воспринимаю раздельно... Чувствую, что лицо состоит из двух половин... Тело раздвоилось на левую и правую половины... Одно легкое дышит, а другое—нет... Иду, а мне кажется, что нижняя половина тела шагает рядом со мной... Левая половина тела принадлежит жене, а правая — зятю... Тело как склеенное из отдельных частей...».

В аутопсихической сфере расщепление выражается переживанием разделения личности на относительно простые автономные субъединицы, одна из которых идентифицируется с «Я», а другая воспринимается с характером отчужденности: «Делаю что-нибудь и одновременно смотрю на себя как со стороны... Иногда чувствуют себе свое и чужое сознание — в это время зрение сужается, смотрю как в бинокль... Один глаз смотрит в прошлое, а другой — в будущее... Одно «Я» постоянно обвиняет, а другое все время оправдывается... Одно «Я» внутреннее, а другое — внешнее. Слышу голос совести, как будто прокурор во мне... Одно «Я» грустное, а другое — веселое... Одна половина черная, а вторая светлая и добрая, я нахожусь между «да» и «нет», запутался... Одно «Я» пассивное, а другое — активное... Одно «Я» пьянеет и становится веселым, а другое «Я», напротив, делается мрачным, но остается трезвым... Одно «Я» во мне молодое, а второе — старое... Одно «Я» послушное, примерное, а второе — грубое и дерзкое... Невозможно жить и хочется жить одновременно...».

В аллопсихической сфере расщепление переживается как разделение внешнего мира на две половины, враждебные одна другой. Масштабы поляризации могут быть разными, но на высоте расстройства весь мир кажется пациенту расколотым на два антагонистических лагеря, в котором не только Земля, но и другие планеты оказываются вовлеченными в противостояние, это нарушение называют манихейским бредом.

Третий вариант расщепления характеризуется главным образом тем, что разлом личности идет по линиям, разграничивающим сложные и в онтогенетическом плане более поздние функциональные структуры внутреннего мира.

Так, расщепление может проявляться переживанием «внутреннего двойника» — совершенно чуждого существа, ощущаемого пациентом где-то внутри себя и обладающего собственными побуждениями, мыслями, оценками, как правило, противоположными тем, которые сам пациент считает свойственными ему. Проекция подобных переживаний во внешний мир отражается в сознании пациента как факт существования такого же антипода в виде

реального двойника или иным образом персонифицированной силы, действующей на пациента на расстоянии (гипнозом, внушением и т. п.).

Раздвоенность личности может переживаться не только в самовосприятии на данный момент, но также, а иногда и преимущественно в ретроспективной оценке всей своей жизни: «Жизнь тянется по двум абсолютно разным линиям, которые иногда сталкиваются, но нигде вместе не сливаются... Во мне, сколько помню, всегда уживалось два различных человека, они никогда не ладили друг с другом... Я никогда не мог знать, какой из двух живущих во мне людей возьмет верх...».

Раздвоение личности с нарушением непрерывности самосознания иногда происходит по типу кризов самовосприятия и связано с острым развитием маниакальных, маниакально-бредовых психотических эпизодов. Личность в болезненном состоянии преобразуется самым радикальным образом: появляются новые, несвойственные ей ранее интересы, направления деятельности, ценностные ориентации и представления о смысле и назначении жизни. До того скромный служащий или простой рабочий вдруг духовно перерождается: он стремится к просветительству, искусству, науке, религиозному подвижничеству и при этом ясно чувствует, что обрел, наконец, совершенно новое качество себя, открыл свое подлинное предназначение, стал тем, кем он и должен быть. Гиперреализация нового качества «Я» сопровождается ощущением разрыва самосознания: до-болезненный период жизни расценивается чуждым личности, далеким, туманным и призрачным, как некое «ощепенение», «полудремотное существование», состояние «недочеловека», «спячка».

Утрата сознания непрерывности существования описана также в рамках синдрома альтернирующего сознания — своеобразного расстройства, в котором одно состояние личности перемежается с другим, и это совершенно разные личности, с несхожими интересами, характерами, взглядами и привычками, качественно иные формы интеграции внутренних, социальных и духовных свойств. При этом каждая из личностей хорошо помнит лишь о себе, и только иногда сохраняет, хотя и неполные, в значительной мере отчужденные, воспоминания о другой.

Нарушение сознания единичности собственного «Я» и внешних объектов. В сфере болезненных переживаний обычно оказываются объекты, которые близки личности, связаны с нею, ей не безразличны (родственники, знакомые люди, домашняя обстановка, больничная палата, лечащий

врач и т. п.).

В соматопсихическом варианте данная форма нарушения самосознания проявляется чувством удвоения физического «Я» — своего тела. Как упоминалось, В. А. Гиляровский описал это явление как симптом двойника. Редко, но встречаются пациенты, утверждающие, что их стало три, четыре и больше, или весь мир населен их «двойниками», «копиями»: «Они — как я, во всем повторяют меня: я встаю и они встают, я делаю упражнение, и они тоже... Все люди на Земле — как мои тени, в точности дублируют меня...».

В аллопсихическом варианте расстройство самосознания переживается как удвоение непосредственно окружающих пациентов внешних объектов, чаще всего одушевленных: «Есть еще одна такая же клиника, точно такой же врач, брат, сын...» — феномен, известный как редулицированная парамнезия Пика.

В аутопсихическом плане «удвоение сознания» выглядит, по сообщению пациентов, как одновременное существование двух личностей, причем обе они равным образом идентифицируются с «Я»: «Лежу в постели, веду счет, чтобы уснуть, но одновременно с тем чувствую, что иду по палате, сажусь на стул, читаю газету...». Понимаю, что нахожусь дома, делаю что-нибудь по хозяйству, но в то же время сознаю, что иду по траве, поднимаюсь в гору, чувствую что вокруг деревья...». Иногда это происходит во сне: «Вижу себя умершим, в гробу. И в то же время стою у гроба и плачу над покойником. А он меня утешает, говорит, что я живой и нечего плакать...». Один из пациентов в беседе с врачами сообщил, что аналогичную беседу он ведет еще в двух таких же точно кабинетах и с теми же врачами. При аутоскопических обманах восприятия также может быть ощущение удвоения: «кажется, я там и здесь».

Регресс и задержка развития самосознания. Под регрессом самосознания мы понимаем стойкий или временный возврат на пройденный ранее этап или уровень самовосприятия. При этом имеется в виду прежде всего та сумма качеств, которая лежит в основе самооценки. Зрелым личностям свойственно опираться при этом на свои духовные и социальные качества. Снижение уровня личности, помимо всего, выражается изменением критериев, определяющих самооценку. Так, если отношение пациента к себе начинает определяться не духовными или социальными, как ранее, а лишь внешними, качествами (сложением тела, привлекательностью), то регресс самовосприятия представляется очевидным. Появление дисморфофобических явлений у взрослого пациента свидетельствует именно об

этом — чувство неполноценности связано здесь с недовольством своими физическими данными, что в норме считается типичным для подросткового возраста. У многих пациентов можно отметить и такую особенность: снижение трудоспособности, перевод на инвалидность, то есть утрата социальных качеств не сопровождается появлением естественного, казалось бы, чувства неполноценности. В то же время пациенты без признаков регресса личности весьма остро реагируют на подобную ситуацию, испытывают угрызения совести, глубоко страдают, понимая свою несостоятельность.

Встречаются весьма грубые формы снижения самосознания. У дементных пациентов мы наблюдали регресс на уровень предметного сознания. Так, пациент с токсической энцефалопатией (тяжелое отравление угарным газом) говорит о себе следующим образом: «Он хочет курить». — «Кто это он?» — «Это он, Коля». При этом больной показывает на себя. Больной шизофренией вслух повторяет вопросы врача, адресуя их себе, и потом отвечает на них так, будто сообщает о мнении другого человека: «Нет, у него ничего не болит... Да, он устал, хочет спать... Сейчас он пойдет».

К проявлениям регресса самосознания, вероятно, следовало бы относить и так называемую дефектную деперсонализацию — сознание оскудения, недостаточности «Я», описанную на стадии стабилизации мало-прогредиентной шизофрении с преобладанием явлений деперсонализации: «Внутренне опустел, будто что потерял... Нет прежней энергии, чувств... Стал другой, чего-то не хватает...». Характеризуя обеднение «Я», пациенты чаще указывают на дефицит психологических качеств, но не социальных и тем более духовных. Это обстоятельство указывает, на наш взгляд, на очевидное снижение уровня личности и самовосприятия.

Задержка развития самосознания характеризует незрелую в том или ином отношении личность. В первую очередь это относится к самооценке. Формально последняя может быть завышенной или сниженной, но это бессодержательное определение ничего не говорит о тех критериях, на которых она базируется. Важно, как мы понимаем, иметь сведения именно об основаниях самооценки, отражающих уровень развития личности. Здоровой и зрелой личности свойственна адекватная, реалистическая и устойчивая самооценка, причем определяющим ее критерием является вклад человека в какое-нибудь полезное дело. Нормальный человек, каких бы высот в социальной и духовной иерархии он ни занимал, понимает свою ограниченность и потому скромнен, он знает о своих недостатках, и не скрывает от себя, не истязая себя сознанием неполноценности; ему хорошо

известны также свои сильные стороны, и он уважает себя, не принижая с этой целью других людей. Чувство собственного достоинства — вот, пожалуй, характеристика самооценки зрелой личности.

Оценка себя, главным образом, с социальных позиций характеризует известную степень незрелости личности. Перефразируя известное выражение, можно сказать: тут место красит человека. Высокое социальное положение определяет повышенную, а факт неудачной карьеры — низкую самооценку. Иначе говоря, отношение к себе целиком зависит от идеала социального «Я», во внимание не принимаются те ценности, в которых личность может достичь истинного самовыражений. Личные качества здесь также не имеют первостепенного значения, все в конечном счете решает поддержка или осуждение других, того круга людей, к которому принадлежит человек. В принципе это конформная личность, но в то же самое время она может быть непримиримой, ортодоксальной, если отличается ригидностью и не умеет ловко балансировать между интересами разных групп.

Эгоцентрическая личность, по определению, оценивает себя по личным своим качествам, как внутренним, так и внешним. Чувство неполноценности связано с какими-то физическими или психологическими дефектами, действительными или мнимыми, а самоуверенность — с представлениями об обладании такими личными свойствами, которые превосходят таковые других людей, пусть даже превосходство это только кажущееся.

Незрелой или невротической личности вообще свойственна неадекватная самооценка — повышенная или, напротив, сниженная. Не менее важно и то, что невротическая самооценка связана с притязаниями, которые не имеют реальных оснований в личности. Человек, например, хотел бы иметь привлекательную наружность, но лишен такой возможности. И он будет страдать от комплекса неполноценности, не будучи способным перейти в измерение других, более высоких ценностей. Для человека, основой самоуважения которого всегда служила, например, высокая половая активность, старение становится трагедией, так как эта активность с годами снижается, но заполнить образующийся вакуум самоуважения оказывается нечем.

Чувство неполноценности обычно компенсируется у незрелой личности не созидательной деятельностью, не утверждением объективных ценностей, а включением механизмов психологической защиты, искажающих восприятие реальности и себя с целью стабилизации иллюзорной, но тем

не менее положительной или во всяком случае привычной самооценки. Вместе с тем невротическая личность нередко отличается неустойчивой, колеблющейся в крайних своих проявлениях самооценкой, что зависит от обстоятельств, неудач и временных, пусть случайных, успехов.

Задержка и искажение развития самосознания может относиться не только к социальным, психологическим, но также биологическим качествам личности. Так, встречаются пациенты с нарушением сознания половой принадлежности: эффеминация — мужчина чувствует себя женщиной; вирагинизм — женщина чувствует себя мужчиной. Мы наблюдали пациента с умственной отсталостью, который при достаточно отчетливо развитых признаках мужского пола считал тем не менее себя женщиной; — он терпеливо ждал весну, в надежде на то, что наконец-то у него «отрастут груди». Нарушения половой идентификации являются, очевидно, выражением ранних расстройств самосознания. Последние встречаются у пациентов с текущими психическими заболеваниями, связаны с колебаниями настроения, расстройствами мышления, памяти и постоянными изменениями уровня функционирования личности. Так, у больных с прогрессирующим опустошением памяти наблюдается обеднение самовосприятия, нарушается сознание возраста. У маниакальных пациентов самооценка резко повышена, в то время как уровень ожиданий заметно снижается. У депрессивных больных, напротив, снижается самооценка, но уровень ожиданий значительно повышен — очень часто они хотят, требуют от себя невозможного. Самооценка больных шизофренией неустойчива, часто неадекватна, так как основана на весьма случайных и мало характеризующих их личность признаках.

Одним из клинических признаков, играющим существенную роль в оценке состояния самосознания, являются особенности самовосприятия больными актуальных или имевших место в прошлом психических нарушений. Имеются в виду степень ясности и полноты осознания болезни, в зависимости от которого формируется то или иное отношение к заболеванию и его последствиям.

Осознание факта болезни может быть выражено в разной степени.

Нозогнозия — наличие ясного сознания болезни (или критического отношения к заболеванию). Отчетливо осознается не только сам факт заболевания. Уверенно идентифицируется именно психическое расстройство, о проявлениях и течении которого больные приводят точные и достоверные сведения. В оценке характера и тяжести

заболевания пациенты предпочитают опираться на объективные критерии или мнение лечащего врача. Четко разграничиваются болезненные и здоровые стороны личности. Как правило, нозогнозия наблюдается при нерезко выраженных нарушениях психической деятельности, проявляющихся астеническими, дисмнестическими, невротическими и неврозоподобными расстройствами. Встречаются случаи аутодиагностики душевного заболевания, в частности, шизофрении. Нозогнозия к расстройствам психического уровня появляется лишь по выходе из психоза. Как правило, это свидетельствует об окончании психоза либо о наступлении глубокой ремиссии.

Анозогнозия — полное отсутствие сознания как по отношению к болезни в целом, так и отдельным ее проявлениям. Наблюдается при значительных и глубоких поражениях психической деятельности (слабоумие, расстройства сознания, психотические состояния). Отсутствие сознания болезни при относительно неглубоких нарушениях психики, вероятно, указывает на преморбидную интеллектуальную дефицитарность или преимущественное поражение сферы самосознания. В части случаев анозогнозия может быть поставлена в связь с аутистической оторванностью от действительности, игнорированием объективных критериев самооценки. После того, как явления острого алкогольного галлюциноза у больных с реалистической ориентацией мышления исчезают, все пережитое в состоянии психоза расценивается как нечто невероятное, невозможное в действительности, и, следовательно, связанное с болезнью. Аналогичные расстройства у больного шизофренией длительное время либо вовсе не сопровождаются появлением критического отношения к психозу. Содержание психотических переживаний рассматривается при этом как отражение вполне возможных, реальных событий. Необычное субъективное состояние, коренное изменение содержания сферы самовосприятия не расцениваются в этом случае как проявление болезни, возможно, вследствие регресса сознания. Факт анозогнозии может быть обусловлен психологическими причинами. Так, формирование алкогольной анозогнозии связывают с механизмами вытеснения чувства вины — желанием успокоить себя, отключиться от неприятных, угнетающих мыслей и воспоминаний. Нередко пациент создает спасительную в плане самоуважения систему объяснений причин злоупотребления алкоголем, постепенно убеждая себя в том, что оно связано с объективными, не зависящими от его воли внешними обстоятельствами. В этом проявляется действие такого механизма психологической защиты, как рационализация. Вероятно, не только в этом состоит причина

развития алкогольной анозогнозии. На это указывает тот факт, что больные не только не отождествляют себя с алкоголиками и обижаются, если за них это делают другие, но нередко обнаруживают непоколебимую уверенность в том, что опасность заболевания им вообще не угрожает. Такая позиция свидетельствует о глубокой перестройке системы личностных ценностей, в согласии с которой потребность в алкоголе становится доминирующим и смыслообразующим мотивом поведения. Все, что связано с алкоголем или способствует его употреблению, не вызывает отрицательных эмоциональных реакций или ассоциаций. Употребление алкоголя, с указанной точки зрения, не является и не может быть причиной негативных последствий, например, распада семьи, потери работы. Последствия пьянства связываются с другими причинами. Вероятно, здесь следовало бы говорить об отрицании реальности, как актуальной, так и будущей — другом варианте защиты, также указывающем на стойкую невротическую деформацию личности.

Формальная нозогнозия — констатация факта психического расстройства, основывающаяся на учете внешних обстоятельств, в которых оказался больной в результате заболевания и той роли, какую он вынужден теперь играть: «Раз лечат, значит, болен... Болен, потому что нахожусь в больнице...». Сознание психологических аспектов болезни полностью отсутствует. Это видно из того, что больные не могут сообщить, какие конкретно нарушения психической деятельности они считают проявлениями заболевания. О наличии формальной критики к болезни свидетельствует также своеобразное отношение к отдельным ее симптомам, например, галлюцинациям: согласие с тем, что они не, отражают реальность, вместе с тем нежелание принять их как проявление расстройства: «Меня убедили в том, что голоса казались, и на самом деле не было ничего, о чем они говорили. Но это не болезнь». — «А что же?» — «Не знаю».

Амбивалентная нозогнозия — двойственное отношение к болезни, сосуществование нозогнозии и анозогнозии: «Болен, так как казались голоса, и, разумеется, надо лечиться, чтобы они прошли». Но вскоре пациент говорит: «В больницу поместили напрасно, мне тут делать нечего, голоса говорили на самом деле, и все что я слышал от них, — правда». Амбивалентное отношение к болезни может выражаться и в том, что одни психотические явления расцениваются как проявление патологии, другие — нет. Так, некоторые галлюцинации относятся на счет болезни, а другие принимаются за факты действительности. Или к бреду появляется критика, в отношении галлюцинаций она отсутствует и т. п. Частичная или неполная нозогнозия — факт болезни осознается с достаточной определенностью и

уверенно отграничивается от нормального самочувствия, однако далеко не все проявления заболевания принимаются при этом во внимание. К числу патологических явлений больные причисляют обычно нарушения витального уровня: расстройства сна, аппетита, вегетативной регуляции, снижение активности, соматизированные явления или какой-нибудь один симптом, которому придается особенно большое значение. Одновременно с этим отклонения со стороны более высоких психических функций не получают адекватной оценки. Заболевание большей частью не считается психическим, его интерпретация остается — весьма неопределенной: «Нервы... Переутомление... Бессонница... Половая слабость...» и т. п.

Неустойчивая нозогнозия — в зависимости от настроения или конкретного самочувствия сознание болезни то появляется, то исчезает. Так, например, у больных — алкоголизмом нозогнозия может появляться в состоянии опьянения или абстиненции, если при этом возникают депрессивные сдвиги настроения, усиливающие критические тенденции мышления. Возвращение в эйфорическое состояние сопровождается потерей критического отношения к болезни, ее отрицанием, напоминая тем самым состояние альтернирующего сознания.

Гипернозогнозия — наличие критического отношения к болезни, сопровождающееся количественной переоценкой тяжести его проявлений.

Паранозогнозия — ясное осознание факта болезни, сопровождающееся доминированием стойких и неправильных представлений о природе заболевания.

В заключение этой главы хотелось бы подчеркнуть, что расстройства самосознания имеют не только частное, диагностическое значение и могут быть с этой целью описаны в виде более или менее удачно сгруппированной суммы симптомов. Значительно более важным представляется нам то обстоятельство, что они, как мы пытались показать, лежат в основе развития многих, если не большинства психопатологических феноменов. Расстройства самосознания, следовательно, — базисное явление, один из фундаментальных и постоянно действующих механизмов симптомообразования.

ГЛАВА 6. ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

Психопатология. Часть II

В.А. Жмуров

Ипохондрия, как упоминалось, проявляется патологически преувеличенными опасениями за здоровье, поисками или уверенностью в наличии какого-либо заболевания при отсутствии объективных признаков последнего. Структура ипохондрического синдрома включает разнообразные

нарушения.

Ипохондрическая фиксация внимания.

Сосредоточенность внимания на патологических ощущениях, нарушениях функций организма, возможных причинах их возникновения. Наблюдается «соматизация психики» в виде доминирования различных болезненных ощущений в самовосприятии больных. Больные стремятся учесть и выявить любые, включая самые незначительные, отклонения от того, что, по их мнению, соответствует нормальному состоянию здоровья. Характерна абсолютизация представлений о здоровье — последнее рассматривается как некое идеальное состояние, предельное совершенство функций и строения тела, исключая какие бы то ни было аномалии. Этот максимализм явно указывает на ювенилизм психики ипохондрических пациентов. При невротической ипохондрии направленность внимания на телесное «Я» носит произвольный, навязчивый характер. Пациенты пытаются отвлечь себя на что-нибудь другое, поменьше думать о самочувствии, хотя это не вполне им удастся: «Мысли только о болезни. Гоню их, стараюсь думать о другом... Мир сузился, одна болезнь на уме...». С утяжелением ипохондрии поглощенность внимания соматической сферой становится как бы намеренной, присвоенной и отражает ставшие сознательными побуждения личности, сошедшей на иной, более низкий уровень мотивации. Ипохондрическое сужение сферы сознания иногда называют ипохондрическим аутизмом. Психическое «Я» также может стать объектом пристального внимания пациентов. Это определяется как патологическая рефлексия и обычно наблюдается при деперсонализации, страхе сумасшествия, особенно в подростковом и юношеском возрасте.

Аффективные нарушения. Тревога, страхи, панические реакции, связанные с общими расстройствами самочувствия, отдельными проявлениями или идеями о природе предполагаемого заболевания. Ипохондрические эмоции, по сообщениям пациентов, носят локальный характер и будто бы не распространяются на другие объекты: «Плохое настроение потому, что болит. Если не болит — настроение нормальное». Эта соматизация эмоций, видимо, отражает преобладание ипохондрической установки и определяет содержание когнитивного компонента аффективных реакций. Могут возникать острые ипохондрические кризы со страхом смерти, растерянностью, ажитацией. Упомянутые аффективные нарушения чаще всего возникают на фоне меланхолической подавленности. В последнем случае к опасениям за свое здоровье присоединяется беспокойство за окружающих, в первую очередь, близких людей; страх заразить их, самообвинения за причиняемые им волнения; иногда больные с тревогой обнаруживают у них признаки

своего заболевания, несмотря на принятые меры предосторожности. Наличие в структуре подавленного настроения подозрительности, параноидной настороженности может выражаться опасениями ответной мести окружающих за причиненный, якобы, по вине больных ущерб их здоровью.

Ипохондрическая детализация мышления. Жалобы значительной части пациентов тщательно разработаны, все обстоятельства заболевания сообщаются с чрезвычайным обилием подробностей. Нередко жалобы систематизированы в соответствии с имеющейся концепцией болезни, насыщены медицинской терминологией. Больные выделяют главные симптомы и побочные, группируют их, устанавливают между ними причинно-следственные отношения и объединяют порою в очень замысловатые структуры. Наблюдается тенденция к рассуждению со склонностью объяснять причины появления болезни или отдельных симптомов, которым придается наибольшее значение — ипохондрическое резонерство. Иногда выявляется такая особенность: чем выраженнее аффективный радикал ипохондрии (страхи, тревога), тем менее представлена склонность к интеллектуализации и наоборот. Структурированию ипохондрических построений может предшествовать поиск подходящей модели объяснения своего самочувствия. Читая, скажем, медицинскую литературу, пациент находит у себя проявления то одного, то другого заболевания, в страхе обнаруживая сходство с наиболее серьезными из них. То же делает, с замиранием сердца слушая рассказы о болезнях других людей. Идентификация своего состояния со сведениями о предполагаемой у себя болезни бывает столь полной, что пациент явственно испытывает те же болезненные ощущения: «болезни переходят на меня». В этом можно усмотреть действие механизмов присвоения, лежащих в основе некоторых форм патологии самосознания. С другой стороны, пациент может находить у других людей признаки своего заболевания, то есть проецировать свои представления о нем извне — ипохондрический транзитивизм.

Сдвиг интересов. Происходит в сторону активного изучения медицинской информации. Постепенно растет убежденность в собственной медицинской осведомленности. Появляется иногда нескрываемое недоверие к врачам и обычным методам лечения, больные стремятся на прием к наиболее авторитетным, по их мнению, специалистам, добиваются новейших методов обследования и лечения. Склонность считать свое заболевание явлением в чем-то необычным или даже исключительным мы назвали бы

ипохондрическим эгоцентризмом. Другое его проявление — рассматривать все происходящее вокруг через призму ипохондрических представлений. Например, пациенту сообщают о совершенно посторонних вещах, но он и это сводит к теме болезни. Узнав о том, что сын пропускает уроки, пациент делает вывод: «Не думает об отце, ему наплевать, что я болею». Жена задержалась после работы и вот реакция: «Ей, видимо, все равно, живой я или нет». Кто-то имел шумный успех, а пациент думает: «С моим здоровьем я бы такое не выдержал». Некоторые больные сохраняют всю документацию, получаемую из лечебных учреждений, где они были, запросы, копии жалоб и ответы на них, вырезки из газет, журналов, создают собственный «архив» болезни. Ипохондрические пациенты нередко становятся регулярными подписчиками специальной литературы, верными читателями журнала «Здоровье», собирателями апокрифических изданий по лечению разных болезней, так что некоторые обзаводятся приличными домашними медицинскими библиотеками. На консультации, лечение у знаменитостей и модных целителей, приобретение литературы иногда тратятся значительные суммы из более чем скромного у многих пациентов семейного бюджета.

Нарушения активности и поведения. Отражают одностороннюю ориентацию деятельности в плане поддержания и восстановления здоровья. Поведение может быть различным, что отражает глубину и тяжесть ипохондрических расстройств: от частых обращений за медицинской помощью, в том числе экстренной, до разработки собственных систем самолечения или использования знахарских рекомендаций и методов парамедицины. Радикальным изменениям подвергается образ жизни: ограничиваются контакты, социальная активность, тщательно регламентируются питание, режим дня, сон и т. д. Больные могут это делать и с целью профилактики возможных расстройств — «ипохондриа здоровья». Если им удастся своими способами «вылечиться», они стремятся тиражировать эти методы и упорно домогаются общественного признания.

Продуктивные психопатологические явления.

Включают разнообразные нарушения коэнестезии (сенестезии, сенестопатии, другие расстройства элементарной чувствительности), обсессивно-фобические явления, реактивные и аутохтонные аффективные сдвиги, сверхценные идеи, сверхценный бред, бредовые идеи ипохондрического содержания, отравления, одержимости, воздействия, парафренный бред. С учетом характера продуктивных расстройств различают следующие

клинические варианты ипохондрического синдрома.

Невротический (фобический, навязчивый) ипохондрический синдром. Наблюдается при неврозах. Определяет клиническую картину ипохондрического невроза. Характеризуется постоянно беспокоящими больных мыслями, сомнениями, страхами, опасениями серьезного заболевания, иногда психического расстройства. Обсессивно-фобические явления имеют психогенное происхождение (с началом по типу реакции на болезнь) и поддаются психотерапевтической коррекции. Многие пациенты понимают, что их опасения не обоснованы, носят болезненный характер. Сходные нарушения могут возникать в структуре неврозоподобных состояний различного генеза.

Депрессивный ипохондрический синдром. Выявляется в депрессивных фазах циркулярного психоза. На фоне подавленного настроения возникают стойкие, с трудом или вовсе не поддающиеся коррекции пугающие представления о наличии какого-либо неизлечимого заболевания, по содержанию связанные с недомоганием, угнетением витального тонуса или мучительными алгиями в различных частях тела. Более характерно это для состояний тревожной депрессии у личностей эгоцентрического склада. Критическое отношение к заболеванию чаще бывает утрачено или оно поверхностно. Возможны суицидальные мысли и действия.

Сенестопатически-ипохондрический синдром. Навязчивые, сверхценные и бредоподобные образования ипохондрического содержания, ассоциированные с разнообразными и многочисленными сенестопатическими ощущениями. Чаще всего наблюдается в растянутом во времени добредовом периоде вяло текущего эндогенного заболевания. Может встречаться при органических заболеваниях центральной нервной системы различного генеза, последствиях черепно-мозговой травмы, сосудистых заболеваниях головного мозга, симптоматических психозах.

Бредовый. ипохондрический синдром. Разграничивают паранойяльный, параноидный и парафренный варианты бредового ипохондрического синдрома. Паранойяльный ипохондрический синдром — систематизированный интерпретативный бред тяжелого заболевания, нередко существующий многие годы. Многолетнее персистирование сверхценных ипохондрических идей, нередко сочетающихся с сутяжно-паранойяльными тенденциями, наблюдается в рамках ипохондрического развития личности. Пациенты могут быть враждебно настроены по отношению к врачам и даже агрессивны. Параноидный ипохондрический бред

формируется в структуре синдрома психического автоматизма и сочетается с бредовыми идеями физического воздействия, явлениями психического автоматизма, в первую очередь, сенестопатического. Парафренный ипохондрический синдром — ипохондрический бред фантастического содержания,— больным «меняют кости, высасывают мозг, сжигают внутренние органы», на них «действуют из космоса, с других планет». Выделяется также нигилистический ипохондрический синдром — больные убеждены, что их внутренности сгнили, нарушены витальные физиологические функции.

В рамках невротической ипохондрии следует рассматривать ипохондрические реакции, наблюдающиеся у пациентов соматического профиля. Они могут протекать с преобладанием страха и тревоги, навязчивых явлений или сверхценных образований. Ипохондрические реакции возникают предпочтительно у личностей астенического, тревожно-мнительного и гипотимного склада. Наличие аффективной вязкости, ригидности, интеллектуальной недостаточности может быть причиной затягивания реакций. Нельзя не отметить ту важную роль в генезисе ипохондрических реакций, какую играет нарушение правил «психической асептики» со стороны врача (ятрогения), среднего медицинского персонала (сорроригения) — неосторожные высказывания, невнимательность, а порой грубая прямолинейность. Весьма способствует появлению ипохондрических реакций общение больных между собой (эгротогения).

Особую опасность в плане развития психогенной ипохондрии представляет деятельность всякого рода целителей от «народной» и оккультной медицины. Многие целители работают по такой схеме: вначале показывают пациенту, что у него столько разных болезней, что удивительно, как он дожил до этого дня, а затем исцеляют за несколько минут. Внушить человеку, что он болен, куда легче, чем устранить последствия психического шока или уверить в том, что опасности уже нет. Не стоит также забывать, что искусно культивируемая вера в целительство есть форма манипулирования сознанием, она неизбежно ведет к регрессу личности и поощрению пассивной роли пациента в лечебном процессе, что совершенно неприемлемо с позиции врача.

ГЛАВА 7. ГАЛЛЮЦИНАТОРНО-БРЕДОВЫЕ СИНДРОМЫ

Психопатология.
Часть II

В.А. Жмуров

Паранойяльный синдром. Первичный систематизированный бред толкования различного содержания (ревности, изобретательства, преследования,

реформаторства и др.), нередко существующий как моносимптом при полном отсутствии других продуктивных расстройств. Если же последние возникают, то бывают расположены на периферии паранойяльной структуры и сюжетно подчинены ей. Характерны паралогическая структура мышления («кривое мышление»), бредовая детализация. Способность к правильным суждениям и умозаключениям по вопросам, не затрагивающим бредовые убеждения, заметно не нарушается, что указывает на кататимные (то есть связанные с неосознаваемым комплексом аффективно окрашенных представлений, а не общим изменением настроения) механизмы бредообразования. Могут иметь место нарушения памяти в виде бредовых конфабуляций («галлюцинаций памяти»). Встречаются, кроме того, галлюцинации воображения, содержание которых связано с доминирующими переживаниями. По мере расширения бреда все более широкий круг явлений становится объектом патологических трактовок. Наблюдается также бредовая интерпретация прошлых событий. Паранойяльный синдром возникает обычно на фоне несколько повышенного настроения (экспансивные бредовые идеи) или субдепрессии (сенситивные, ипохондрические бредовые идеи). Содержание бреда на отдаленных этапах развития может приобретать мегаломанический характер. В отличие от парафрении бред продолжает оставаться интерпретативным и по своим масштабам не выходит за рамки принципиально возможного в действительности («пророки, выдающиеся первооткрыватели, гениальные ученые и писатели, великие реформаторы» и т. д.). Различают хронический, существующий на протяжении ряда и даже десятков лет, и острый варианты паранойяльного синдрома. Хронический паранойяльный бред чаще всего наблюдается при относительно медленно развивающейся бредовой шизофрении. Бред в таких случаях обычно монотематичен. Не исключается возможность того, что существует самостоятельная форма болезни — паранойя. Острые, обычно менее систематизированные паранойяльные состояния встречаются в структуре приступов шубообразной шизофрении. Бредовая концепция при этом является разрыхленной, неустойчивой и может иметь несколько разных тем или центров кристаллизации ложных суждений.

Некоторые авторы считают оправданным разграничение паранойяльного и параноического синдромов (Завилянский с соавт., 1989). Параноическим называют хронический систематизированный сверхценный бред (с началом со сверхценных идей), возникающий под влиянием ключевой для пациента психотравмирующей ситуации. К развитию бреда располагают паранойяльные и эпилептоидные особенности преморбидной личности конституционального,

постпроцессуального либо органического генеза. Механизмы бредообразования связывают скорее с психологическими, нежели биологическими нарушениями — «психогенно-реактивное» бредообразование. Параноический синдром в такой интерпретации уместно рассматривать и в рамках патологического развития личности.

Параноидный или галлюцинаторно-параноидный синдром. Включает бредовые идеи персекуторного содержания, галлюцинации, псевдогаллюцинации и другие явления психического автоматизма, аффективные нарушения. Различают острые и хронические галлюцинаторно-параноидные синдромы.

Острый параноид — острый чувственный бред преследования (в виде бреда восприятия) конкретной направленности, сопровождающийся вербальными иллюзиями, галлюцинациями, страхом, тревогой, растерянностью, неправильным поведением, отражающим содержание бредовых идей. Наблюдается при шизофрении, интоксикационных, эпилептических психозах. Острые параноидные состояния могут возникать также в особых ситуациях (длительные переезды, сопряженные с бессонницей, алкогольной интоксикацией, эмоциональным напряжением, соматогениями) — дорожные или ситуационные параноиды, описанные С. Г. Жислиным.

Острый галлюцинаторно-параноидный синдром — острый чувственный бред персекуторного содержания, возникающий на фоне страха, растерянности и сочетающийся с псевдогаллюцинациями, другими явлениями психического автоматизма. Чаще встречается в структуре приступов шубообразной шизофрении, при атипичных алкогольных психозах.

Хронический галлюцинаторно-параноидный синдром (синонимы: синдром Кандинского-Клерамбо, другие эпонимы, синдром психического автоматизма, синдром вторжения, депоссионный синдром, ксенопатический синдром, синдром паразитизма, синдром влияния, синдром внешнего воздействия, синдром отчуждения, синдром овладения, полифрения, ядерный синдром) — различие в названиях отражает несходство во мнениях их авторов относительно того, какие нарушения следует считать определяющими структуру синдрома: психические автоматизмы, расстройства самосознания, переживание открытости или бредовые идеи физического и психического воздействия.

Психические автоматизмы — в своей завершенной форме

представляют собой переживание насильственности, вторжения, сделанности собственных психических процессов, поведения, физиологических актов. Различают следующие виды психических автоматизмов.

Ассоциативный или идеаторный автоматизм — нарушения мыслительной деятельности, памяти, восприятия, аффективной сферы, протекающие с переживанием отчуждения и насильственности: наплывы мыслей, безостановочное течение мыслей, состояния блокады мыслительной деятельности, симптомы вкладывания, чтения мыслей, симптом разматывания воспоминаний, псевдогаллюцинаторные псевдовоспоминания, внезапные задержки воспоминаний, явления образного ментизма и др. К проявлениям идеаторного автоматизма относятся, кроме того, слуховые и зрительные псевдогаллюцинации, а также целый ряд аффективных нарушений: «сделанное» настроение, «наведенный» страх гнев, экстаз, «вызванные» печаль или равнодушие и др. К данной группе автоматизмов примыкают «сделанные» сновидения. Включение слуховых вербальных и зрительных псевдогаллюцинаций в группу идеаторных автоматизмов обусловлено их тесной связью с процессами мышления — вербальных псевдогаллюцинаций со словесным, а зрительных — с образным формами мышления.

Сенестопатический или сенсорный автоматизм — разнообразные сенестопатические ощущения, появление которых больные связывают с воздействием внешних сил. Кроме того, сюда относятся обонятельные, вкусовые, тактильные и эндосоматические псевдогаллюцинации. К сенсорному автоматизму причисляются различные изменения аппетита, вкуса, обоняния, полового влечения и физиологических потребностей, а также нарушения сна, вегетативные расстройства (тахикардия, повышенная потливость, рвота, диар-рея и др.), «вызванные», по мнению пациентов, извне.

Кинестетический или моторный автоматизм — побуждения к деятельности, отдельные движения, действия, поступки, выразительные акты, гиперкинезы, возникающие с переживанием насильственности. Рецептивные процессы также могут протекать с явлениями сделанности: «Заставляют смотреть, слушать, нюхать, смотрят моими глазами...» и др.

Речедвигательный автоматизм — феномены насильственного говорения, письма, а также кинестетические, вербальные и графические галлюцинации.

Формирование психических автоматизмов совершается в определенной последовательности. На первом этапе развития идеаторного автоматизма появляются «странные, неожиданные, дикие, параллельные, пересекающиеся» мысли, чуждые по содержанию всему строю личности: «Я так никогда не думаю...». Одновременно могут возникать внезапные обрывы нужных мыслей. Отчуждение касается содержания мыслей, но не самого процесса мышления («мысли мои, только очень странные»). Затем утрачивается чувство собственной активности мышления: «Мысли наплывают, идут сами по себе, текут безостановочно...», либо возникают состояния блокады мыслительной деятельности. В дальнейшем отчуждение становится тотальным — чувства принадлежности мыслей собственной личности утрачивается полностью: «Мысли не мои, думает кто-то во мне, в голове мысли других людей...». Наконец, возникает чувство, будто мысли «Идут со стороны, внедряются в голову, вкладываются...». Возникают «телепатические» контакты с другими людьми, появляется способность непосредственно читать мысли других, мысленно общаться с окружающими. Одновременно с этим больные могут утверждать, что временами их лишают способности думать или «вытягивают мысли», «воруют».

Развитие вербальных псевдогаллюцинаций может происходить следующим образом. Вначале возникает феномен звучания собственных мыслей: «Мысли шелестят, звучат в голове». Затем в голове начинает слышаться собственный голос, повторяющий мысли. Это можно бы назвать галлюцинациями внутренней речи. Содержание высказываний постепенно расширяется (констатации, комментарии, советы, распоряжения и др.), при этом голос «двоится, умножается». Далее в голове слышатся «чужие голоса». Содержание их высказываний становится все более разнообразным, оторванным от реальности и личности больных. Иначе сказать, отчуждение процесса внутреннего говорения также нарастает в определенной последовательности. Наконец, возникает феномен «сделанных, наведенных голосов». Голоса говорят при этом на самые разные, часто отвлеченные от личных переживаний темы, порою сообщают нелепые и фантастические сведения: «Голоса за ушами говорят на местные темы, а в голове — на государственные». Степень отчуждения сказанного голосами может быть, следовательно, различной.

Динамика кинестетического автоматизма в целом соответствует вышеописанной. Вначале появляются несвойственные ранее порывы к действиям, импульсивные влечения, совершаются странные и неожиданные для самих

больных действия и поступки. Субъективно они воспринимаются как принадлежащие собственной личности, хотя и необычные по содержанию. Могут быть короткие остановки действий. В последующем действия и поступки совершаются без чувства собственной активности, произвольно: «Делаю, не замечая это, а когда замечу — трудно остановиться». Возникают состояния блокады или «паралича» импульсов к действию. На следующем этапе деятельность протекает с отчетливым переживанием отчуждения собственной активности и насильственности: «Изнутри толкает что-то, подсказывает, не голос, а какая-то внутренняя сила...». Эпизоды перерыва действий также переживаются с оттенком насильственности. На завершающей стадии развития моторных автоматизмов появляется чувство сделанности двигательных актов извне: «Моим телом управляют... Моими руками кто-то распоряжается... Одна рука принадлежит жене, другая отчиму, ноги — мои... Моими глазами смотрит...». С ощущением внешнего воздействия протекают состояния блокады побуждений к действиям.

Аналогичной может быть последовательность развития рече-двигательных автоматизмов. Вначале срываются отдельные слова или фразы, чуждые направлению мыслей больного, абсурдные по содержанию. Часто забываются вдруг отдельные слова или нарушается формулирование мысли. Затем утрачивается чувство собственной активности, сопровождающее речь: «Язык говорит сам по себе, скажу, а потом доходит смысл сказанного... Иногда заговариваюсь...», Или на короткое время- «язык» останавливается, не слушается». Далее возникает чувство отчуждения и насильственности по отношению к собственной речи: «Как будто не я говорю, а что-то во мне. Языком пользуется мой двойник, и я не в состоянии остановить речь...». Эпизоды мутизма переживаются, как насильственные. Наконец, возникает чувство внешнего овладения речью: «Моим языком говорят посторонние... Моим языком читают лекции на международные темы, а я в это время совершенно ни о чем не думаю...». Состояния потери спонтанной речи также связываются с явлениями извне. Развитие рече-двигательных автоматизмов может начинаться с появления кинестетических вербальных галлюцинаций: возникает ощущение движения артикуляционного аппарата, соответствующее речи, и представления о произвольном мысленном произношении слов. В последующем внутренний монолог приобретает вербально-акустический оттенок, появляется легкое шевеление языка и губ. На завершающем этапе возникают истинные артикуляционные движения с действительным

произнесением слов вслух.

Сенестопатический автоматизм развивается обычно сразу, минуя определенные промежуточные этапы. Лишь в отдельных случаях до его появления можно констатировать феномен отчуждения сенестопатических ощущений: «Страшные головные боли, и в то же время кажется, что это происходит не со мной, а с кем-то другим...».

В структуре психических автоматизмов Клерамбо различал два вида полярных феноменов: положительные и отрицательные. Содержанием первых является патологическая активность какой-либо функциональной системы, вторых — приостановка или блокада деятельности соответствующей системы. Положительными автоматизмами в сфере идеаторных расстройств являются насильственное течение мыслей, симптом вкладывания мыслей, симптом разматывания воспоминаний, сделанные эмоции, наведенные сновидения, вербальные и зрительные псевдогаллюцинации и т. д. Их антиподом, то есть отрицательными автоматизмами могут служить состояния закупорки мыслительной деятельности, симптом отнятия, вытягивания мыслей, внезапные выпадения памяти, эмоциональных реакций, отрицательные слуховые и зрительные галлюцинации, возникающие с чувством сделанности, насильственное лишение сновидений и т. п. В сфере сенестопатического автоматизма это будут соответственно сделанные ощущения и вызванная извне потеря чувствительности, в кинестетическом автоматизме — насильственные действия и состояния задержки двигательных реакций, отнятие способности принимать решения, блокада побуждений к деятельности. В речедвигательном автоматизме полярными феноменами будут насильственное говорение и внезапные задержки речи. По мнению Клерамбо, шизофрении более свойственны отрицательные феномены, особенно если заболевание начинается в молодом возрасте. В действительности положительные и отрицательные автоматизмы могут сочетаться. Так, насильственному говорению обычно сопутствует состояние блокады умственной деятельности: «Язык говорит, но я в это время ни о чем не думаю, нет никаких мыслей».

Расстройства самосознания, возникающие при синдроме психического автоматизма, выражаются явлениями отчуждения собственных психических процессов, переживанием насильственности их течения, раздвоенностью личности и сознанием внутреннего антагонистического двойника, а в дальнейшем чувства овладения внешними силами. Несмотря на очевидный,

казалось бы, характер расстройства, у больных обычно отсутствует критическое отношение к заболеванию, что в свою очередь также может указывать на грубую патологию самосознания. Одновременно с нарастанием явлений отчуждения прогрессирует опустошение сферы личного «Я». Некоторые больные даже «забывают», что это такое. Психических актов, исходящих от имени своего «Я», не остается вовсе, отчуждение распространилось на все стороны «Я». Вместе с тем, благодаря присвоению, личность может «приобретать» новые способности и особенности, ранее ей не присущие. Иногда наблюдается феномен транзитивизма — не только пациент, но и другие (или в основном другие) являются объектом внешнего воздействия и разного рода насильственных манипуляций, собственные ощущения проецируются на окружающих.

Переживание открытости возникает с появлением разнообразных эхо-симптомов. Симптом эхо-мыслей — окружающие, по мнению больного, повторяют вслух то, о чем он только что думал. Галлюцинаторное эхо — голоса повторяют, «дублируют» мысли больного. Симптом звучания собственных мыслей — мысли «шелестят, звучат в голове, их слышат окружающие». Предвосхищающее эхо — голоса предвещают больного, о чем он услышит, что увидит, почувствует или сделает спустя некоторое время. Эхо действий — голоса констатируют поступки, намерения больного: «Меня фотографируют, протоколируют мои действия...».

Голоса могут повторять и комментировать побуждения и поведение, давать ему ту или иную оценку, что также сопровождается переживанием открытости: «Все про меня знают, ничего не остается при себе». Эхо письма — голоса повторяют; что больной пишет. Эхо чтения — голоса повторяют, о чем больной читает про себя. Эхо речи — голоса повторяют все сказанное больным кому-то вслух. Иногда голоса заставляют пациента повторить для них то, что он сообщил окружающим, или напротив, мысленно или вслух еще раз сказать о том, что он от кого-то услышал. Вышеупомянутые эхо-феномены могут иметь итеративный характер в виде многократного повторения. Так, у пациента (ему 11 лет) бывают эпизоды по два, три часа, когда сказанное другими людьми три, пять раз чужим голосом повторяется «в голове». Чаще повторяется одно какое-то слово. Во время повторений он хуже воспринимает происходящее, не может смотреть телевизор. Встречаются другие эхо-феномены. Так, речь окружающих может повторяться голосами со стороны или звучащими в голове. Голоса с внешней проекцией иногда дублируются внутренними. Переживание открытости может наблюдаться

и при отсутствии эхо-симптомов, возникать самым непосредственным образом: «Чувствую, что мои мысли известны всем... Появилось ощущение, будто бог знает обо мне все — я перед ним, как раскрытая книга... Голоса молчат, значит подслушивают, что я думаю».

Бред физического и психического воздействия — убеждение в воздействии на тело, соматические и психические процессы различных внешних сил: гипноза, колдовства, лучей, биополей и т. п.

Помимо вышеописанных феноменов отчуждения при синдроме психического автоматизма могут возникать противоположные явления — феномены присвоения, составляющие активный или инвертированный вариант синдрома Кандинского-Клерамбо. В этом случае больные выражают убеждение в том, что сами оказывают гипнотическое воздействие на окружающих, управляют их поведением, способны читать мысли других людей, последние превратились в орудие их власти, ведут себя как куклы, марионетки, петрушки и т. п. Сочетание феноменов отчуждения и присвоения В. И. Аккерман (1936) считал признаком, характерным для шизофрении.

Различают галлюцинаторный и бредовый варианты синдрома психического автоматизма. В первом из них преобладают разнообразные псевдогаллюцинации, что наблюдается преимущественно в течение острых галлюцинаторно-бредовых состояний при шизофрении, во втором — бредовые явления, доминирующие при хронически текущей параноидной шизофрении. При хроническом шизофреническом бредообразовании интерпретативного типа на первый план со временем выходят ассоциативные автоматизмы. В структуре приступов шубообразной шизофрении могут преобладать сенестопатические автоматизмы. В люцидно-кататонических состояниях значительное место занимает кинестетические автоматизмы. Помимо шизофрении явления психического автоматизма могут возникать при экзогенно-органических, острых и хронических эпилептических психозах.

Парафренный синдром. Сочетание систематизированного или фрагментарного бреда преследования и воздействия, явлений психического автоматизма с образным мегаломаническим бредом грандиозного содержания, неправдоподобно нелепого и полностью оторванного от реальности (могущества, величия, богатства и др.), с экспансивным конфабулезом, бредовой деперсонализацией и зачастую несколько повышенным настроением. Парафренный бред может быть достаточно связным —

систематизированная парафрения. Стройная, отточенная в деталях парафренная структура создается путем объединения последовательного ряда бредовых озарений и свидетельствует об известной интеллектуальной сохранности пациентов — признак, сближающий ее с паранойяльным синдромом. По аналогии с паранойей предполагается существование самостоятельной болезненной формы — парафрении. Парафренный синдром может возникать на основе прихотливо изменчивого бреда воображения — фантастическая парафрения и фантастических конфабуляций — конфабуляторная парафрения, галлюцинаций мегаломанического содержания — галлюцинаторная парафрения. Различают галлюцинаторный и бредовый варианты парафренного синдрома. Преобладание галлюцинаторных расстройств над бредовыми вообще указывает на более глубокое расстройство психической деятельности, нежели обратное их соотношение. Помимо того, выделяют острый и хронический варианты парафренного синдрома. На высоте острой парафрении с манихейским, метаболическим бредом, бредом особого значения и интерметаморфозы, возникающей обычно на фоне выраженных аффективных нарушений, может развиваться онейроидное помрачение сознания. Парафренные состояния, появляющиеся на фоне маниакального настроения, обозначают экспансивной парафренией, а на фоне депрессии — депрессивной парафренией. Вариантом последней считается синдром Котара.

Систематизированная и экспансивная формы парафрении, как полагают, более свойственны шизофрении (отдаленные этапы течения параноидной шизофрении, аффективно-бредовые приступы шубообразной шизофрении), конфабуляторная и фантастическая парафрении — органическим процессам и позднего возраста психозам (сенильная парафрения).

Синдром Котара (меланхолическая парафрения). Фантастический бред нигилистического и ипохондрического содержания, формирующийся на фоне тревожно-депрессивного состояния и ажитации («все погибло, все люди мертвы, погибла жизнь, цивилизация, планета, вся Вселенная...»). Нередко включает бредовые идеи бессмертия. Больные утверждают, что обречены на бесконечные скитания и вечные мучения — симптом Агасфера. Синдром Котара относится к проявлениям инволюционной меланхолии.

Галлюцинаторные, синдромы. Галлюциноз — состояние, характеризующееся преобладанием галлюцинаций при

отсутствии формальных признаков помрачения сознания. Наиболее часто встречаются вербальные галлюцинации, реже — зрительные, тактильные и обонятельные. Обычно доминирует один какой-нибудь вид галлюцинаций, значительно более редки их комбинации. Различают острый и хронический варианты галлюцинаторного синдрома (любого из перечисленных ниже).

Синдром острого вербального галлюциноза.

Проявляется многочисленными слуховыми, часто сценopodobными галлюцинациями, порой связанными до такой степени, что может возникнуть ошибочное впечатление о наличии зрительных обманов восприятия. Наблюдаются также галлюцинаторный бред (бред, растворившийся в содержании слуховых обманов, либо проявляющийся бредовой оценкой последних; например, голоса угрожают убить или оцениваются пациентом как «подстроенные», «специальный эксперимент»), страх, растерянность, нарушения поведения. Встречается при шизофрении, интоксикационных, инфекционных психозах.

Синдром хронического вербального галлюциноза.

Нередко развивается вслед за острым. На самом деле обманы слуха часто оказываются смешанным феноменом, обладающим признаками истинных (яркая сенсориальность, внешняя проекция) и ложных (сделанность, интимная связь с психическим «Я», бред воздействия) галлюцинаций. Одновременно могут сосуществовать галлюцинации и псевдогаллюцинации. Пациенты «сживают» с галлюцинаторными персонажами, между ними складываются сложные отношения: конфликты, согласие, субординация, доверие. Чаще эти отношения носят антагонистический характер, причем пациент обычно оказывается в зависимом положении. Голосов бывает несколько. Так, у больной есть три голоса, они называют себя «А», «В» и «С». Голоса любят философствовать, спорить, поучать. Одно время они увлекались темой о любви, так что больной приходилось читать им книги только об этом. Они постоянно провоцируют больную совершать странные поступки. «Я-то знаю зачем — они дотят, чтобы меня считали ненормальной», — объясняет она сама. Настроение голосов меняется: то они враждебны, то доброжелательны, иногда печальны. Поведение хронически галлюцинирующих больных в целом более упорядочено, нежели при остром галлюцинозе. Чаще отношение к голосам бывает двойственным, возможно появление критического отношения к обманам восприятия. Голоса сами могут говорить, что они — проявление болезни, и что их надо лечить, говорят даже чем, — например, «галоперидолом». Хронический вербальный галлюциноз встречается при

галлюцинаторном варианте галлюцинаторно-параноидной шизофрении, хроническом алкогольном психозе, органических заболеваниях головного мозга.

Зрительный галлюциноз. Возникает при полной или значительной утрате зрения (галлюцинации Ш. Боннэ), поражениях ствола мозга, энцефалите Ван-Богарта, интоксикациях, в глубокой старости. Характерны оптические обманы в виде мелких (лилипутных) видений животных, птиц, людей, цветных и подвижных. Пациенты дистанцированы от них, но по ночам, с появлением спутанности сознания и возбуждения, критическое отношение может утрачиваться.

Тактильный галлюциноз. Характеризуется обильными осязательными галлюцинациями, галлюцинаторным бредом одержимости кожными паразитами (дерматозойный бред Экбома, наружная зоопатия). Альгогаллюциноз — непрерывно продолжающиеся фантомные боли, иррадиирующие в отсутствующую часть конечности.

Обонятельный галлюциноз Габека. Постоянные обонятельные галлюцинации, нередко с проекцией на собственное тело или внутренние органы. При этом наблюдаются ипохондрический и нигилистический бред, а также сенситивные идеи отношения. При экстрапроекции обонятельных галлюцинаций присоединяются бредовые идеи отравления.

ГЛАВА 8. КАТАТОНИЧЕСКИЙ И ГЕБЕФРЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМЫ

**Психопатология.
Часть II**

В.А. Жмуров

Различают состояния кататонического ступора и возбуждения.

Кататонический ступор. Обездвиженность, сопровождающаяся мутизмом и повышением мышечного тонуса. Выделяется несколько этапов развития кататонического ступора. Субступорозное состояние — обеднение двигательной инициативы, замедленность и уменьшение объема движений, оскудение мышления и речи. Кататоническая заторможенность, в отличие от нейрорептической, не отражается в сознании больных, не тяготит их и не фигурирует в жалобах на самочувствие. Ступор с восковидной гибкостью (каталепсия — болезнь Цельсия) — обездвиженность с застыванием в различных позах. Не реагируя на обращенную к ним речь, больные не оказывают сопротивления попыткам придать их телу то или иное положение. Приданная им поза может сохраняться в течение длительного времени. Оцепенение может наступить в любой момент, фиксируя пациента в самой неудобной позе или прерывая его речь и действие. Ступор с негативизмом —

обездвиженность с мышечной гипертонией и невольным противодействием больных всяким попыткам извне изменить положение частей их тела. Ступор с оцепенением — обездвиженность с застыванием в эмбриональной позе и резчайшим мышечным напряжением.

Кататонический мутизм обусловлен речевой аспонтанностью либо непроизвольным, безмотивным и психологически необъяснимым противодействием речевым побуждениям, амбивалентностью. Временами мутизм прерывается, бывает необъяснимо избирательным. Известны другие виды мутизма. Истерический мутизм, в отличие от кататонического, отражает реакцию на психотравмирующую ситуацию, имеет значение межличностного символа (к примеру: «Я потрясен так, что утратил дар речи»), в каком-то смысле выгоден пациенту. Истеричные больные весьма демонстративны в проявлениях мутизма, подчеркивают свое стремление к общению и отчаяние по поводу того, что им это не удастся. У детей встречается аффектогенный мутизм, как результат эмоционального шока и временной регрессии речи. Мутизм может быть проявлением детской реакции пассивного протеста — ребенок умолкает, чтобы досадить взрослым. Наконец, мутизм наблюдается у боязливых детей в присутствии незнакомых взрослых, в новой ситуации, во время ответов перед всем классом в школе. У психотических пациентов мутизм может возникать под влиянием императивных обманов слуха, бреда — галлюцинаторный, бредовый мутизм. Встречаются случаи отказа от речи, связанные с переживанием открытости — пациент молчит, уверенный в том, что содержание его мыслей известно окружающим. Мы назвали бы этот феномен параноидным мутизмом.

Кататоническое возбуждение в отличие от аффективного, бредового, галлюцинаторного, маниакального, носит совершенно немотивированный и бессмысленный характер. При этом совершаются не связанные между собой, разрозненные автоматизированные действия, обращенные вовне, а также на себя (трудно, правда, сказать, сохранено ли у пациентов сознание самого себя или свое тело они воспринимают в это время как посторонний объект). Различают следующие виды кататонического возбуждения. Растеряннопатетическое — характеризуется гиперпродукцией реактивных действий и выразительных движений, разорванностью мышления, речи и растерянностью. Пациенты очень подвижны, громко и непонятно говорят, декламируют, выкрикивают приветствия, здравницы и призывы, свистят, бранятся, маршируют, танцуют и выполняют гимнастические упражнения, кричат, хохочут, совершают различные предметные действия и т. д.

Гебефреническое — преобладает дурашливость, нелепые действия, немотивированная веселость. Импульсивное — поведение определяется немотивированными, внезапными действиями разрушительного и агрессивного характера. Немое — двигательное неистовство с агрессией и разрушительными действиями, направленными не только на окружающее, но и на себя.

Кататоническое возбуждение может сменяться ступорообразными явлениями и наоборот. В психическом статусе симптомы возбуждения обычно сочетаются с проявлениями ступора, что считается характерным для кататонических расстройств, в отличие от кататопоподобных состояний. Последние нередко сочетаются с гиперкинезами, сумеречным помрачением сознания, дистимическим или дисфорическим настроением. Не характерны вербигерации, дурашливость, нелепые и импульсивные действия, мутизм. Упомянутые отличия кататонии от кататопоподобных состояний не кажутся особенно убедительными, — речь, в сущности, идет об одном и том же классе клинических феноменов, если иметь в виду механизмы их формирования. Важнее, пожалуй, не формальный перечень симптомов, а их динамика, учет всего симптомокомплекса болезни и условий ее развития.

В структуре кататонического синдрома наблюдаются разнообразные психомоторные расстройства (негативизм, автоматическая подчиняемость, стереотипии, эхо-симптомы, двигательные итерации, паракинезии), а также ряд других симптомов.

Симптом Павлова — ступорозные больные с наступлением ночи начинают передвигаться, разговаривать, есть, а к утру вновь впадают в состояние обездвиженности. Отмечается и такой феномен: больные с мутизмом могут отвечать на вопросы, задаваемые шепотом, а не обычным по громкости голосом. Симптом лестницы — движения лишены плавности, пластичности, становятся прерывистыми, толчкообразными, неравномерными. Симптом лестницы может проявляться и в том, что пациент с явлениями восковидной гибкости опускает с посторонней помощью поднятую руку, но не сразу, а порциями, каждый раз ровно настолько, сколько длится помощь врача. Симптом воздушной подушки Дюпре — лежащие больные держат голову приподнятой, на весу, так, что она не касается при этом подушки; в положении сидя они могут держать руки в воздухе вместо того, чтобы положить их на колени. Симптом хоботка — непроизвольное вытягивание губ вперед в виде трубочки. Симптом Бумке — отсутствие реакции зрачков на болевые и эмоциональные раздражители (в норме зрачки расширяются). Симптом Бернштейна — если поднять одну руку больного, а затем другую, то первая рука

тут же опускается. Симптом последнего слова Клейста — больной с мутизмом совершает попытку ответить на вопрос в тот момент, когда спрашивающий отворачивается или уходит. Симптом Сегла — больной не может ответить на вопрос, но по выражению лица и движениям губ видно, что он пытается это сделать. Симптом Вагнер-Яурегга — при надавливании на глазные яблоки ступорозному пациенту с мутизмом, он может ответить на вопрос. Симптом Саарма — мутичный пациент может отвечать на вопросы, адресованные другому человеку. Симптом эхолексии или фотографического чтения вслух Осипова — пациент, читая вслух, наряду со словами называет также знаки препинания. Симптом капюшона Останкова — пациент отгораживается от всех при помощи одеяла (простыни и т. д.), надевая его на себя подобно капюшону. Симптом или поза бедуина — стереотипная поза кочевников пустыни, которую предпочитают некоторые кататонические пациенты.

Кататонические расстройства, возникая в дебюте заболевания (обычно эндогенного) определяются как первичная кататония. Она наблюдается, в частности, при «острой шизофрении» (Кербиков, 1949). Кататонические явления, присоединяющиеся на отдаленных этапах течения заболевания, обозначаются как вторичная кататония. Вторичная кататония отличается от первичной меньшей остротой и глубиной нарушений. Вероятно, её можно рассматривать в рамках регрессивных расстройств. Люцидная кататония возникает при отсутствии формальных признаков помрачения сознания. Онейроидная кататония сопровождается сновидным помрачением сознания. При остро начавшейся шизофрении кататонические симптомы сосуществуют со спутанностью сознания, близкой к аменции.

В клинической практике последних десятилетий значительно чаще наблюдаются субкататонические явления в виде нерезко выраженного негативизма (больной идет на беседу только по принуждению, не смотрит на собеседника, сидит полуотвернувшись, неохотно отвечает на вопросы — «Вы и так все знаете, в истории записано...»), отдельных гримас и странных действий, субступорозных состояний: гипомимии, гипокинезии, угловатости движений, аспонтанности в речи («мягкая или малая кататония»).

Кататонические нарушения наиболее часто встречаются при шизофрении. Они описаны также при инволюционных и эпилептических психозах. Механизмы развития кататонии связывают с нарушениями дофамин- и адренергических структур стриопаллидарной и ретикулярной систем (Короленко, Колпаков, 1977). Н. Kindt (1980) относит кататонию к «пограничным» между мозговой и психической

патологией феноменам.

Помимо кататонических существуют, как упоминалось, кататопоподобные нарушения. Так, при опухолевом поражении полосатого тела и хвостатого ядра в клинической картине наблюдаются застывания в вычурных позах, угловатая жестикуляция, гримасничание, эхолалия, эхопраксия, автоматическая подчиняемость, насильственные явления (Вяземский, 1964). Аналогичные расстройства, двигательные итерации, реактивные движения и другие шизофреноподобные симптомы описаны при опухолях лобной локализации, зрительного бугра, полосатого тела (Шмарьян, 1949; Абашев-Константиновский, 1959). Кататонопоподобные явления описаны также при экзогенно-органических психозах, иногда встречаются при реактивных психозах, особенно у детей и подростков с резидуальной церебрально-органической недостаточностью.

При органических процессах наряду с кататонопоподобными встречаются и часто преобладают различные гиперкинезы:

— хореические гиперкинезы — клонические, носят размахистый, нерегулярный и разбросанный характер. Напоминают целевые действия: оскал зубов, наморщивание лба, поворот головы, запрокидывание руки за голову и т. п. Усиливаются при волнении, во сне исчезают. Типична мышечная гипотония. Характеризуют поражение неостриатума;

— атетоз — непрерывные медленные, «червеобразные» судорожные движения пальцев рук и ног, лица, реже — туловища. Во сне исчезают, при волнении усиливаются. Связаны с поражением полосатого тела;

— тик — быстрые, молниеносные клонические, обычно координированные судороги, чаще в мышцах лица. Локализованы в ограниченной группе мышц, индивидуальной для каждого больного;

— гемибаллизм — напоминают размахистые движения, совершаемые при бросании. Сближаются с хореическими гиперкинезами;

— миоклония — короткие сокращения разных по объему групп мышц, чему соответствуют совершаемые в этот момент движения частей тела. Миоклонии могут захватывать все мышцы тела;

— тремор — дрожание разной амплитуды (крупное, мелкое) и различной частоты (быстрое, медленное) во всем теле или

отдельных его частях. Интенционный тремор — возникающий либо усиливающийся при движении, действиях;

— тризм — тоническое сокращение жевательной мускулатуры;

— крампи — тонические судороги икроножных мышц и сгибателей пальцев;

— тетания — тонические судороги в мышцах ног и особенно сильные — в руках, кистях («рука акушера»);

— торсионный спазм — неравномерное распространение повышенного тонуса в мышцах туловища, шеи, вследствие чего пациенты принимают различные вынужденные позы.

Гебефренический синдром. Выделение гебефренического синдрома носит условный характер. О. В. Кербиков (1949) вычленил три осевых симптома гебефрении: непродуктивную эйфорию, безмотивные действия (феномен бездействия мысли, сходный по описанию с парагноменом) и гримасничество, манерность.

Гебефренический синдром характеризуется немотивированной, пустой веселостью, двигательным возбуждением с нелепыми и импульсивными действиями, а также различными проявлениями паракинезии (вычурные позы, утрированные жесты, гримасы, кривляние, коверкание слов, странные интонации), что обуславливает впечатление нарочитой дурашливости, паясничанья, клоунады. Может наблюдаться речевое возбуждение с шизофазией, разорванность мышления, отрывочные галлюцинации, бред. Нередко возникают кататонические нарушения. Быстро прогрессирует эмоциональное опустошение, иссякает позитивная направленность побуждений, очень скоро наступают распад личности и слабоумие. Встречается, в основном, в рамках злокачественной шизофрении в подростковом возрасте. Развивается иногда на фоне спутанного сознания при периодических психозах резидуально-органического генеза у подростков. Не имеет четких отличий от гебефренического варианта кататонического возбуждения.

ГЛАВА 9. НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Психопатология.

Часть II

В.А. Жмуров

Общими для всех видов нарушения сознания являются, по К. Jaspers (1923), следующие признаки:

— отрешенность, расстройство непосредственного отражения реальных объектов и явлений в виде затруднения или выключения чувственного познания, его фрагментарности или

искажения, связанного с обманами восприятия;

— нарушение рационального познания, то есть понимания связей и отношений между объектами и явлениями из-за обеднения, выключения или дезорганизации мышления, нарушения способности суждения:

— дезориентировка в месте, времени, окружающих лицах, а иногда в собственной личности. Ориентировка может вовсе отсутствовать или быть ложной;

— затруднение запоминания впечатлений о происходящих событиях и субъективных переживаниях, что проявляется по выходе из состояния нарушенного сознания конградной амнезией. Воспоминания могут быть неполными, непоследовательными, неотчетливыми, отчужденными, как о сновидениях. Некоторые впечатления, напротив, легко приходят на память и отличаются особой живостью — феномен Моли. Встречается также отставленная или ретардированная амнезия, наступающая спустя несколько минут или даже часов после окончания спутанности сознания.

Диагноз помраченного сознания может быть установлен при наличии всех четырех упомянутых признаков. Но это не значит, что нужно ждать прекращения острого психоза и подтверждения факта амнезии, чтобы удостовериться в нарушении сознания. Следует иметь также в виду, что неглубокие степени помрачения сознания могут не сопровождаться очевидными нарушениями ориентировки и способностей к конкретным суждениям, хотя бы позже все впечатления этого периода были утрачены. Ретроспективную оценку факта спутанности сознания иногда приходится давать по амнезии на период острого психического сознания, а также по содержанию сохранившихся воспоминаний, нередко весьма типичному для той или иной формы помрачения сознания. Между тем распознавание типа помрачения сознания удается отнюдь не всегда из-за смешанных, переходных или очень динамичных его картин. В таких случаях констатируют спутанность сознания без указания ее формы. Разграничивают непродуктивные и продуктивные расстройства сознания.

Непродуктивные нарушения характеризуются снижением активности сознания и отсутствием продуктивной психопатологической симптоматики (бреда, обманов восприятия). Различают оглушение сознания, сопор и кому.

Оглушение. Характеризуется значительным повышением порога восприятия для внешних и внутренних впечатлений, замедлением и обеднением психической деятельности в направлении полного ее прекращения. Оглушение

определяется в связи с этим как состояние, при котором внешнее с трудом становится внутренним, а внутреннее — внешним.

В состоянии оглушения только интенсивные раздражители вызывают ответную реакцию и могут привлечь внимание больных. Вопросы воспринимаются не сразу, неполно, значение сложных вопросов не понимается. Ответы односложны, неточны, обычно следуют после длительной паузы. Ориентировка неполная либо отсутствует. Отмечается повышенная сонливость, аспонтанность, акинезия, безучастность. Аффективные реакции крайне вялы. Фон настроения может быть эйфорическим. Мимика бедная, жестикуляция отсутствует, голос тихий, без модуляций. Понимание болезненности состояния отсутствует. Наблюдаются персеверации. Воспоминаний о впечатлениях и самом факте оглушения не сохраняется. Продуктивной психопатологической симптоматики, растерянности, страхов не наблюдается.

Обнубиляция — легкая степень оглушения. Больные производят впечатление слегка опьяневших, рассеянных, несобранных людей. Они бестолковы, не сразу улавливают смысл обращенной к ним речи, несколько запаздывают с восприятием происходящего, отвечают и действуют невпопад. Больные могут быть эйфоричными, суетливыми. Характерны колебания ясности сознания, короткие эпизоды включения в ситуацию. В состоянии обнубиляции пациенты могут оптимистически оценивать свое состояние даже при серьезных повреждениях. Например, после травмы больной не предъявляет жалоб, отказывается от медицинской помощи, пытается помочь другим пострадавшим в то время, как нависла угроза его собственной жизни.

Сомноленция — форма оглушения сознания. Характерна повышенная сонливость. Предоставленный себе, пациент тотчас погружается в глубокий сон. На короткое время путем энергичных мер его можно разбудить, вступить в контакт, после чего он вновь засыпает. Сомноленцию можно наблюдать после судорожных припадков на выходе из эпилептической комы. Пациенты после припадка некоторое время как бы глубоко спят и лишь потом приходят в себя. Разбудить их сложно да и не следует это делать — пробуждение может быть неполным и иметь следствием двигательное возбуждение с агрессией.

Оглушение напоминает симптоматику психоорганического синдрома (торпидность, аспонтанность, слабость суждений, памяти), но таковым не является. Наблюдается по выходе из

комы, но в свою очередь может переходить в сопор и кому.

Сопор. Сохраняются лишь элементарные проявления психической деятельности. В ответ на громкий оклик больной может, например, повернуть голову, ненадолго открыть глаза, на укол отреагировать гримасой боли, стоном, отдергиванием руки. Выявляются различные неврологические нарушения: снижение мышечного тонуса, ослабление сухожильных, периостальных, кожных рефлексов и др. Болевая чувствительность, зрачковые, корнеальные и конъюнктивальные рефлексы не нарушены.

Кома. Полное угнетение психической деятельности. Выявляются мышечная атония, арефлексия, бульбарные расстройства, мидриаз с отсутствием реакции зрачков на свет, патологические рефлексы, тазовые расстройства и т. д. Состояния «мозговой смерти» при искусственном поддержании функций внутренних органов в реаниматологии называют превзойденной или запредельной комой.

Оглушение развивается вследствие гипоксии мозга, отека и набухания мозговой ткани, поражения нейронов токсическими продуктами, развития ацидоза при различных патологических состояниях (травмы черепа, интоксикации, сосудистые нарушения, опухоли, соматические заболевания и т. д.). К продуктивным расстройствам сознания относят делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменцию.

Делирий. Характеризуется следующими признаками: — различными нарушениями восприятия: иллюзиями, галлюцинациями, нарушениями сенсорного синтеза. Преобладают зрительные иллюзии (парейдолии) и галлюцинации (сценоподобные, зоологические, демономанические, палингностические, кинематографические, полиопические, макро- и микроспические, видения нитей, проводов, паутины и т. п.). Нередко наблюдаются тактильные обманы восприятия (мнимое присутствие на коже, под нею паразитов, гадов, насекомых; ощущения укусов животных, ударов, уколов, порезов, разливающейся жидкости). Некоторые виды тактильных галлюцинаций могут указывать на природу делирия. При кокаиновом делирии, например, это могут быть мнимые ощущения кристаллов. Делирию при отравлении тетраэтилсвинцом свойственны галлюцинации с локализацией в полости рта — мнимое ощущение волоса, нитей. При инфекционном делирии возможны висцеральные галлюцинации. Делирий характеризуется:

— нарушением запоминания происходящего, иногда — конфабуляциями. Мышление фрагментарно, высказываются нестойкие образные бредовые идеи наблюдаются ложные

узнавания. Воспоминания о периоде нарушенного сознания неполны, бессвязны;

— ложной и постоянно меняющейся ориентировкой в месте, времени, окружающих лицах, ситуации. Ориентировка в собственной личности большей частью сохранена. Больные противопоставляют себя видениям, относятся к ним как к внешним по отношению к себе, не отождествляют себя с ними;

— аффективной лабильностью. Наблюдается быстрая смена проявлений страха, ужаса, удивления, любопытства, возмущения, отражающая содержание обманов восприятия. Преобладают отрицательные эмоциональные реакции. Последние могут быть окрашены своеобразным юмористическим отношением к воспринимаемым видениям, как это бывает при алкогольном делирии («юмор висельника»);

— двигательным возбуждением, повышенной говорливостью. Больные подвижны, суетливы, постоянно чем-то лихорадочно заняты, прячутся, убегают, нападают, защищаются и т. д. Иногда отмечается повышенная откликаемость на речь (например, больной может отвечать на вопросы, адресованные посторонним);

— колебаниями интенсивности делириозных явлений с усилением их вечером и ночью и ослаблением днем. Кратковременные прояснения сознания можно наблюдать во время беседы с больными.

В развитии делирия различают три стадии. В первой отмечается некоторое повышение настроения, ускорение течения ассоциаций, наплывы ярких образных воспоминаний, суетливость, явления гиперестезии, нарушения засыпания, тревожные сновидения, неустойчивость внимания, кратковременные эпизоды нарушения ориентировки во времени, обстановке, ситуации, аффективная лабильность. Во второй стадии возникают парейдолии, нарастает беспокойство, усиливается тревожность, пугливость, сновидения приобретают характер кошмаров. В утренние часы сон несколько улучшается. На высоте делирия, в третьей его стадии, наблюдаются галлюцинации, возбуждение, дезориентировка. Выход из делирия нередко критический, после длительного сна, с последующей астенией.

Вышеупомянутые признаки характеризуют клиническую картину типичного, наиболее часто встречающегося делирия. Возможны другие его варианты. Абортивный делирий — длительность его не превышает нескольких часов, наблюдаются галлюцинации без нарушения ориентировки. Гипнагогический делирий — галлюцинации возникают при

засыпании, наяву их не наблюдается. Делирий без делирия — дезориентировка и суетливое возбуждение не сопровождаются обманами восприятия и бредом. Систематизированный делирий — наблюдаются сценopodobные зрительные галлюцинации, лишенные, в отличие от онейроида, мегаломанического содержания, масштабности. Глубина помрачения сознания может быть незначительной, с сохранением частичной ориентировки в месте и времени. При тяжелом делирии преобладают явления оглушения сознания с последующей тотальной амнезией и неврологические, соматические и вегетативные нарушения. Вариантами тяжелого делирия являются, в частности, мусситирующий (бормочущий) и профессиональный его виды. Первый характеризуется гиперкинетическим, ограниченным пределами постели, возбуждением, невнятным бормотанием и хватательными движениями — симптомом карфологии (схватываются находящиеся поблизости предметы, в более тяжелых случаях хватательные движения совершаются в воздухе). При профессиональном делирии двигательное возбуждение выражается автоматизированными профессиональными действиями. Реакция на окружающее и контакт с больными при тяжелом делирии отсутствуют.

Делириозное помрачение сознания наблюдается при интоксикационных, инфекционных, соматогенных, травматических психозах, органических заболеваниях головного мозга.

Онейроид. Сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания. Характеризуется следующими признаками:

— обилием полиморфной психопатологической симптоматики. Наблюдаются непроизвольное течение ярких представлений (грезы, образный ментизм), сценopodobные галлюцинации и псевдогаллюцинации, фантастические бредовые идеи, разнообразные нарушения сенсорного синтеза, аффективные нарушения, кататонические расстройства, явления деперсонализации и дереализации;

— связностью, последовательностью психопатологических переживаний, подчиненностью их единой фабуле, одной теме;

— романтически-фантастическим содержанием болезненных переживаний. По выходе из онейроида больные рассказывают об увлекательных путешествиях, полетах во Вселенной, посещении других планет, о древних цивилизациях, загробном мире, новых формах жизни и т. п. Это до такой степени может захватывать больных, что вернувшись в реальную жизнь, они сожалеют об этом и некоторое время испытывают желание

вновь погрузиться в упоительные грезы;

— нарушением ориентировки в собственной личности. Больные чувствуют себя не свидетелями мнимых событий, а их непосредственными и активными участниками, ощущают себя перевоплотившимися в другие существа, умершими, изменившими человеческое качество. При делирии, согласно известному сравнению, пациента можно уподобить зрителю в партере, наблюдающему за происходящим на сцене. При онейроиде пациент уже не зритель, он сам становится актером, действующим лицом, так как во время психоза возникают разнообразные нарушения самосознания, затрагивающие ауто-, алло-, соматопсихическую сферу. Собственное тело может восприниматься исчезнувшим, перешедшим в неопределенное состояние (облако, луч, плазму и др.). Душа «отделяется» и существует независимо от тела и т. д. Нарушается восприятие времени: перед мысленным взором проносятся века, эпохи, время может идти в любом направлении, застывает либо течет прерывисто. Страдает ориентировка в окружающем. Она может быть частичной, неполной (ориентированный онейроид), иллюзорно-фантастической (окружающее воспринимается в соответствии с содержанием грез), двойной (правильной и ложной одновременно). На высоте онейроида наблюдается полная отрешенность от окружающего, проекция фантастических картин во внешний мир исчезает (Тиганов, 1982);

— отсутствием связи между содержанием болезненных переживаний и особенностями внешнего поведения, характеризующегося явлениями кататонического ступора или возбуждения. Контакт с больными резко ограничен либо отсутствует. По тому, как ведет себя пациент в онейроиде, невозможно определить, каково в это время содержание его внутренней жизни. Лишь некоторые детали поведения позволяют догадываться об этом: зачарованный, устремленный в пространство взгляд, отдельные слова и фразы, символические действия, загадочная улыбка, выражение восхищения;

— воспоминания о субъективных явлениях во время онейроидного помрачения сознания могут быть относительно полными и связными. Значительно хуже воспроизводятся впечатления о происходящем в окружающей действительности.

Различают депрессивный и экспансивный варианты онейроидного помрачения сознания. В первом из них содержание сновидных грез созвучно господствующему депрессивному аффекту (сцены ада, мировых катаклизмов и т. д.), во втором — повышенному настроению (захватывающие

космические путешествия, картины рая и т. п.).

В развитии онейроида, наблюдающегося в клинической структуре приступов рекуррентной шизофрении, выделяется несколько этапов (Пападопулос, 1967).

На стадии клинических предвестников онейроида динамика психических нарушений выглядит следующим образом.

Инициальный этап развития приступа выражается общесоматическими и аффективными расстройствами. Наблюдаются недомогание, головные боли, парестезии, обмороки, рвота, субфебрилитет и другие общие явления. Из аффективных расстройств отмечаются легкие депрессии, гипомании, смены гипомании и депрессии. При депрессии имеет место легкая тоскливость с раздражительностью, капризностью, обидчивостью, астения, сонливость, сверхценные образования, сенситивные идеи отношения, ипохондрические расстройства. При повышении настроения обращают внимание чрезмерная активность с гиперсоциальностью, «отличное» самочувствие и другие нарушения. Гипоманиакальное состояние может носить характер продуктивной мании, однако по мере нарастания возбужденности деятельность больных превращается в цепь незавершенных начинаний.

На этапе бредового аффекта наблюдаются выраженные аффекты страха, тревоги, усиление растерянности, разнообразные аффективно-насыщенные бредовые идеи, бредовое поведение. Присоединяются явления деперсонализации (чувство измененности «Я», отчуждение собственных психических актов). Возникают эпизоды бредовой ориентировки в окружающем.

На этапе аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации на фоне депрессии с заторможенностью, возбужденной мании либо лабильного аффекта развиваются бредовые идеи инсценировки, особого значения, интерметаморфозы, положительного и отрицательного двойника. Характерна двойная ориентировка в ситуации: наряду с бредовой дезориентировкой сохраняется в целом правильное понимание окружающего.

На этапе фантастической аффективно-бредовой дереализации и деперсонализации появляются фантастические бредовые (антагонистический бред, бред величия, высокого происхождения, бред Котара). Присоединяются кататонические расстройства. Сохраняется двойная, сменяющаяся временами бредовой, ориентировка в ситуации.

Последующие нарушения относятся к собственно онейроиду. В процессе его развития различаются три этапа.

Первый — этап иллюзорно-фантастической дереализации и деперсонализации. Его характеризует иллюзорно-фантастическое восприятие действительности: окружающее воспринимается как часть сказочного сюжета, эпизод исторического события, сцена потустороннего мира и т. д. Возникает бред метаморфозы, чувство собственного перевоплощения в персонажи сказок, мифов, легенд. В мышлении преобладает символика: вместо каузальных связей и реальных отношений устанавливаются символические связи и магические взаимоотношения. Среди расстройств восприятия преобладают гиперестезия, кинематографические галлюцинации, отрицательные галлюцинации, псевдогаллюцинации. Выражены кататонические расстройства. Ориентировка носит бредовый характер.

Второй — этап истинного онейроида. Сознание больных заполнено грезами, они погружены в мир фантастических переживаний. Наблюдается полная отрешенность от окружающего. Перед «внутренним оком» разворачиваются красочные фантастически-романтические события (волшебные посвящения, апокалиптические сцены и пр.). Характерны грубые расстройства самосознания («дробление», «растворение», чудовищные метаморфозы «Я») Максимально выражены кататонические расстройства.

Третий — этап фрагментарного онейроида. Характеризуется распадом единой сюжетной линии онейроидных переживаний, их фрагментарностью, спутанностью внутри самих грезоподобных фантастических событий. Этот этап напоминает аментивное помрачение сознания и обычно амнезируется.

Онейроидное помрачение сознания наблюдается в структуре приступов периодической и шубообразной шизофрении, при эпилептических психозах (в виде пароксизмов, без описанной выше динамики), экзогенно-органических и интоксикационных психозах. Экзогенно-органические и интоксикационные онейроидные состояния большей частью непродолжительны, фрагментарны, редко достигают степени грезоподобного онейроида. Содержание переживаний носит банальный, обыденный упрощенный характер, пациенты в большей мере доступны контакту, не обнаруживают значительных кататонических расстройств. Онейроидные эпизоды нередко служат прелюдией к делириозному помрачению сознания, так что не всегда легко бывает решить, каково соотношение между тем и другим компонентом спутанности в структуре психоза.

Сумеречное помрачение сознания. Характеризуется

следующими признаками:

- внезапное начало и окончание болезненного состояния;
- резкое сужение круга актуальных представлений, мыслей и побуждений, значительное ограничение доступа внешних впечатлений (вероятно, с этим связано происхождение самого термина: больные воспринимают лишь незначительную часть окружающего подобно тому, как с наступлением темноты видится лишь немного, находящееся вблизи);
- неистовое возбуждение больных, в котором совершаются чрезвычайно опасные поступки, бессмысленные разрушения. Может наблюдаться также внешне правильное и формально упорядоченное, как бы заранее спланированное поведение;
- глубокая дезориентировка с последующей полной амнезией. В ряде случаев сохраняются элементарная ориентировка в окружающем, правильное узнавание отдельных лиц, элементы самосознания — ориентированное сумеречное помрачение сознания.

Выделяют следующие виды сумеречного помрачения сознания. Бредовый вариант — преобладают бредовые идеи, имеет место бредовое поведение. Амнезия здесь бывает неполной — при расспросе больные сообщают отдельные подробности о возникших в период нарушения сознания бредовых переживаниях. Галлюцинаторный вариант — характеризуется доминированием устрашающих иллюзий, слуховых и зрительных галлюцинаций, состоянием галлюцинаторного возбуждения, иногда частичной или отставленной амнезией. В детском возрасте по такому типу могут протекать некоторые виды ночных страхов. Дисфорический вариант — превалируют аффективные нарушения в виде злобы, ярости, страха при относительно негрубом помрачении сознания. Могут выявляться также дромоманические тенденции. Амбулаторный автоматизм — пароксизмы расстройства сознания с внешне упорядоченным поведением типа бесцельных и достаточно продолжительных блужданий (автоматизмов ходьбы) при отсутствии бреда, галлюцинаций, аффективных нарушений. Иногда провоцируются состоянием алкогольного опьянения. Припадки амбулаторного автоматизма могут быть, приурочены к периоду сна — сомнамбулизм (лунатизм). Близким сомнамбулизму является сноговорение — речевые автоматизмы во сне. В большинстве случаев снохождения и сноговорения имеют невротическую природу и связаны с диссоциированными нарушениями сна. В отличие от невротических эпилептические снохождения (имеются в виду собственно припадки; невротические формы сомнамбулизма могут наблюдаться и у пациентов с эпилепсией)

характеризуются определенным (как и припадки) аутохтонным ритмом появления, развиваются в среднем много реже и обычно вне связи с впечатлениями минувшего дня. Разбудить эпилептического сомнамбула невозможно: настойчивые попытки сделать это могут способствовать развитию судорожного приступа. Пароксизмы лунатизма наблюдаются в строго определенное время ночи и воспроизводятся в стереотипной форме. Кстати заметить, практика народных лекарей давно использует наблюдения о различии эпилептических снохождений от невротических: лунатику на ночь перед дверью или у кровати стелили мокрую тряпку. Невротик, ступив на нее, обычно просыпается, в то время как эпилептический сомнамбул — нет. Наутро больные чувствуют себя разбитыми, как после обычного припадка и о факте снохождения, как правило, не помнят.

Встречаются психогенно обусловленные сумеречные состояния, характеризующиеся исключением из реальной обстановки и переносом в галлюцинаторную, замещающую травматичную для больных ситуацию. Окружающее воспринимается неполно, в соответствии с болезненными переживаниями. Поведение больных яркое, выразительное, может быть даже демонстративное. Возможна частичная амнезия, захватывающая большей частью внешние события. Могут быть психогенные эпизоды амбулаторного автоматизма, в частности, сомнамбулизма (пример из художественной литературы — леди Макбет). Истерическое сумеречное помрачение сознания наблюдается при реактивных психозах, а также малопрогредиентной шизофрении с истерическими диссоциативными проявлениями.

Сумеречные нарушения сознания встречаются при эпилепсии, опухолях головного мозга, патологическом опьянении, в остром периоде черепно-мозговой травмы,

при сосудистых, интоксикационных психозах.

Пролонгированный абсанс. Состояние, внешне напоминающее оглушение. Наблюдаются адинамия, апатия, малоподвижность, затрудненное восприятие и осмысление впечатлений, персеверации. Выполнение привычных действий не нарушено, и это придает данному состоянию сходство с амбулаторным автоматизмом. Могут совершаться неправильные поступки. Пролонгированный абсанс начинается и оканчивается внезапно, его длительность достигает нескольких суток. Наблюдаются короткие эпизоды прояснения сознания. На ЭЭГ выявляются изменения, типичные для абсанса (комплексы пик-волна с частотой 3 разряда в 1 секунду). По-видимому, более адекватным было бы название статус абсансов. В статусе сложных абсансов возникают

различные нарушения: кататоноподобные эпизоды, напоминающие психомоторные припадки, сумеречные состояния, оглушение — все это делает клиническую диагностику без ЭЭГ-исследования весьма проблематично.

Аменция. Характеризуется следующими признаками:

- растерянностью с аффектом недоумения и явлениями гиперметаморфоза. Наблюдается также быстрая и беспорядочная смена внешних проявлений различных эмоций;
- инкогерентным мышлением, бессвязной речью, повышенной говорливостью;
- двигательным возбуждением, обычно ограниченным пределами постели, распадом сложных двигательных формул. Наблюдаются хореоформные гиперкинезы, кататонические нарушения, бессмысленное и нескоординированное метание — яктация, симптом карфологии;
- глубокой дезориентировкой в собственной личности и окружающем с последующей тотальной конград-ной амнезией;
- разрозненными галлюцинациями, несвязными бредовыми идеями, маниакальными и депрессивными аффектами, делириозными, онейроидными эпизодами, предшествующими наступлению собственно аментивной спутанности;
- астеническими явлениями по выходе из психотического состояния;
- тенденцией к затягиванию — длительность аменции может составлять недели и даже несколько месяцев. Аментивноподобные эпизоды, наблюдающиеся при острых психотических дебютах шизофрении, бывают обычно короче (часы, сутки).

Разграничивают классический (спутанный), кататонический (преимущественно ступорозный), маниакальный, депрессивный и параноидный варианты аментивного помрачений сознания. (Meunert, 1890; Kraepelin, 1927; Корсаков, 1892; Сербский, 1892; Молохов, 1961 и др.). Отмечается, что классический вариант аменции встречается большей частью при токсикоинфекционных заболеваниях и гипертоксической форме шизофрении. Аменция описана при инфекционных, соматогенных, интоксикационных, сосудистых заболеваниях, при органических поражениях центральной нервной системы, реактивных психозах, шизофрении. В качестве самостоятельного синдрома выделяется не всеми авторами. К аменции примыкает выделяемое некоторыми авторами

состояние астенической спутанности, в основе развития которого лежит крайняя степень нервно-психической истощаемости.

Анализ клинической структуры и динамики разных форм нарушений сознания позволяет предположить существование между ними важных различий, указывающих на глубину-поражения интегративных механизмов психической деятельности. Так, можно видеть, что конградная амнезия последовательно утяжеляется по следующей цепочке нарушений сознания: онейроид, делирий, сумеречное помрачение сознания, аменция, оглушение. В таком же порядке происходит обеднение, оскудение субъективных переживаний, утяжеление расстройств поведения, все большая витализация нарушений (если сравнивать типичные формы упомянутых форм спутанности сознания). Указанная шкала расстройств сознания показывает также, какие возможны комбинации и переходы от одной формы к другой, и какой должна быть клиническая оценка соответствующих тенденций. Так, переход онейроида к делирию или аменции свидетельствует об утяжелении состояния. Сумеречное помрачение, наступающее после оглушения, говорит о динамике в обратном направлении. Появление профессионального и муссирующего делирия знаменует собой тенденцию к переходу в состояние сумеречного помрачения, а тяжелого делирия — к оглушению сознания. Конечным пунктом движения всех форм помрачения является оглушение сознания, а далее — сопор и кома.

ГЛАВА 10. ПРИПАДКИ

Психопатология.

Часть II

В.А. Жмуров

Различают генерализованные, фокальные (парциальные, локальные) и неклассифицируемые припадки (классификация Международной лиги по борьбе с эпилепсией, 1981).

К генерализованным относят тонико-клонические, клонические, тонические, атонические, миоклонические припадки, а также абсансы, простые и сложные (по картине ЭЭГ типичные и атипичные). Клинически генерализованные припадки проявляются выключением сознания (облигатный признак), массивными вегетативными нарушениями, а в части случаев — двусторонними судорогами, тоническими, клоническими или миоклоническими. На ЭЭГ во время припадка выявляются двусторонние синхронные и симметричные эпилептические разряды.

Парциальными называются припадки, клиническая структура которых, а также картина ЭЭГ указывают на патологическую активацию изолированной группы нейронов

в одном из полушарий головного мозга. Парциальные припадки могут перерасти в общие — вторично генерализованные припадки. В последнем случае парциальный разряд является аурой припадка. Клиническая картина парциальных припадков характеризуется симптоматикой раздражения (или выпадения) в какой-то одной функциональной системе: чувствительной, двигательной, вегетативной, психической. Возможно нарушение или выключение сознания, наступающее в различных фазах приступа — сложные парциальные припадки. Выключение сознания не является облигатным проявлением парциального припадка. Простые парциальные припадки не сопровождаются формальными нарушениями сознания.

Неклассифицируемые припадки не могут быть описаны на основе тех критериев, которые приняты для разграничения вышеупомянутых типов пароксизмальных состояний. Это, например, припадки новорожденных с жевательными движениями, ритмическими движениями глазных яблок, гемиконвульсивные припадки.

Припадки могут быть единичными, протекать в виде серий (временного их учащения, например, до шести, восьми раз в течение суток), возникать по типу эпилептических статусов (дебюта эпилепсии, особый тип ее течения, реакция на погрешности в терапии антиконвульсантами, на высокую температуру и соматические заболевания). Эпилептическим статусом называют состояния, в которых очередной припадок развивается на фоне выраженных расстройств, связанных с предыдущим. Частота припадков во время статуса от 3 до 20 в час (Карлов, 1990). В статусе генерализованных припадков больной не приходит в сознание.

Припадки наблюдаются при эпилепсии, в клинической структуре текущих органических заболеваний головного мозга — эпилептический синдром, а также как выражение неспецифической реакции организма на экстремальные воздействия — эпилептическая реакция (Болдырев, 1990). Эпилептический синдром («симптоматическая эпилепсия» некоторых авторов — Х. Г. Ходос, 1974) наблюдается при опухолях головного мозга, энцефалитах, абсцессах, аневризмах, гипертонической болезни и церебральном атеросклерозе, хронических психических заболеваниях на отдаленных этапах их динамики, атрофических процессах, паразитарных заболеваниях головного мозга, метаболических нарушениях, хромосомных болезнях. Эпилептическая реакция возникает в ответ на действие разных факторов: гипогликемии, электротравмы (типичный

пример — припадки при проведении электросудорожной терапии), интоксикации (токсин столбняка), приема медикаментов, в частности, коразола. Причиной эпилептической реакции может быть асфиксия. Мы встречали подростков, которые пытались вызывать эйфорические состояния путем легкой асфиксии, и это сопровождалось у некоторых из них припадками. Одной из наиболее частых форм эпилептической реакции у детей являются фебрильные припадки (возникающая на фоне высокой температуры). Фебрильные припадки чаще наблюдают у детей (до пяти-, шестилетнего возраста отмечается физиологическое повышение судорожной готовности). Возникают при высокой, особенно «стреляющей» температурной реакции, обычно однократны, не имеют фокального компонента. У страдающих эпилепсией детей на фоне температуры припадки могут участиться (это бывает и у взрослых пациентов) или появиться впервые. На припадки эпилепсии указывают: их многократность, повторение при каждом подъеме температуры, появление при невысокой температуре (ниже 38°), наличие фокального компонента, возраст старше трех, четырех лет. Эпилептические реакции особенно легко возникают при повышенной судорожной готовности. Их повторение может привести к формированию эпилепсии. Вызванными являются также припадки «рефлекторной» эпилепсии. Появление припадка связано с сенсорными раздражителями. Характер последнего отражается в названии приступов. Аудиогенные припадки провоцируются внезапными акустическими стимулами, фотогенные — оптическими. Припадки могут появляться под влиянием тактильных, проприоцептивных и висцеральных стимулов (прикосновение к телу, резкое движение, боль). Ритмически повторяющиеся раздражители также могут привести к припадку (мелькание вагонов встречного поезда, электрических опор, полос «зебры» на пешеходных участках дороги; изображений на телеэкране — «телевизионная эпилепсия»). Припадки провоцируются иногда вегетативными реакциями (эрекция, дефекация), сложными, но строго определенными действиями (так, припадки у больной возникают всякий раз, когда она подходит к раковине, включает кран, и когда вода начинает вытекать, теряет сознание). Иногда припадки бывают в связи с бурными эмоциями — аффект-эпилепсия. Вероятно, сходны с последними припадки, связанные с восприятием музыки — музыкогенная эпилепсия. Пациенты с рефлекторными припадками могут предупреждать, но иногда, напротив, сознательно вызывать их. Иногда встречаются пациенты, испытывающие непреодолимую тягу вызывать припадки. Это обусловлено аффективными нарушениями, аутоагрессивными тенденциями, либо представляет особую разновидность психомоторного припадка. Рефлекторные

припадки чаще наблюдаются у больных эпилепсией.

Приведем описание некоторых эпилептических припадков, вначале генерализованных.

Тонико-клонические припадки. В первой, тонической фазе наблюдается внезапная потеря сознания, тоническое напряжение произвольной мускулатуры, падение, сопровождаемое громким криком. Отмечается остановка дыхания, нарастающая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, сменяющаяся цианозом. Зрачки расширены, на свет не реагируют. Возможны прикусы языка, губ, щек. Фаза тонических судорог продолжается 30—60 секунд. Во второй фазе тонические судороги сменяются клоническими. Дыхание восстанавливается, становится шумным, прерывистым. Из рта выделяется пена, нередко окрашенная кровью. Возможна непроизвольная потеря мочи, кала, семени. Сознание глубоко помрачено. Вторая фаза длится до двух-трех минут. В третьей, фазе эпилептической комы, выявляется мышечная гипотония, патологические рефлекс, мидриаз, отсутствие реакции зрачков на свет. Кома постепенно сменяется сопором, затем следует глубокий, иногда продолжительный сон. После припадка часто выявляются послеприпадочные расстройства: признаки оглушенности сознания, дисфория, разбитость, головная боль, вялость, сонливость. Иногда бывают эпизоды сумеречного помрачения сознания. Воспоминаний о припадках не сохраняется. Перед припадком могут наблюдаться его предвестники (их не следует отождествлять с аурой). За несколько часов и даже суток до припадка возникают нарушения сна, вегетативной регуляции, общей чувствительности, аппетита, сексуальной потребности, настроения (субдепрессия, гипомания, дисфория). Депрессивные сдвиги настроения с тревогой, страхами бывают причиной мучительного ожидания, боязни припадка. Боятся пациенты также приступов, после которых остаются субъективно тягостные послеприпадочные нарушения — головные боли, депрессия, разбитость, ухудшения памяти, обеднение речи (олигофазия), послеприпадочные сумеречные эпизоды. Сочетание аффективных и тягостных предвестников с отсутствием послеприпадочных расстройств позволяет объяснить, почему некоторые пациенты ждут припадков как избавления, что именно делает припадки столь желанными. Перед первичными и вторично генерализованными припадками бывает учащение соответственно абсансов и фокальных пароксизмов.

Отдельные фазы тонико-клонического припадка могут выпадать. Такие припадки называются абортными. К ним относятся тонические, клонические припадки и

бессудорожные приступы эпилептической комы (атонические или синкопальные припадки). Последние могут ошибочно расцениваться как обморочные состояния.

Младенческий, детский спазм. Синдром Уэста или Вест-синдром, инфантильный спазм, инфантильная миоклоническая энцефалопатия с гипсаритмией проявляется пропульсивными припадками: судорогами восточного приветствия, молниеносными вздрагиваниями и приступами в виде кивков и клевков. Судороги восточного приветствия (тик салаама) возникают сериями, обычно днем. Во время припадка тело медленно наклоняется вперед, голова опускается вниз, руки движутся в стороны и вперед. Молниеносные вздрагивания — наблюдается внезапное и резкое вздрагивание всего тела, голова при этом падает книзу, руки отводятся в стороны. Кивки и клевки — голова стремительно падает вниз и спустя несколько долей секунды возвращается в прежнее положение. Спазм часто сопровождается вскрикиванием, плачем, игрой вазомоторов, расширением зрачков, подрагиванием век, гримасами. У детей старше 10 месяцев могут возникать и ретропульсивные припадки (головка откидывается кзади, разгибается туловище). Припадки наблюдаются, в основном, в утренние часы. Детские спазмы возникают на фоне тяжелой энцефалопатии, прогностически неблагоприятны. В возрасте трех лет детский спазм замещается припадками другого типа, выявляется нарастающая задержка интеллектуального и в целом личностного развития. Особенно удручающим бывает прогноз в случаях сочетания пропульсивных припадков с другими — клоническими, тонико-клоническими. На ЭЭГ на фоне депрессии основной активности выявляются высокоамплитудная асинхронная медленная активность, острые волны и множественные пики.

Абсанс (малый припадок). Проявляется кратковременным выключением сознания. Клинически различают простые и сложные абсансы.

Простой абсанс — короткая — до 20 секунд — утрата сознания. Может сопровождаться побледнением лица, легким подрагиванием век. В изолированном виде встречается только у детей. В детском возрасте абсансы могут возникать сериями — пикнолепсия или пикноэпилепсия, синдром Фридмана. Возможны статусы припадков. Наблюдается в возрасте от 4 до 10—11 лет. Во время припадков пикнолепсии иногда совершаются легкие движения по направлению назад — ретропульсивные припадки. Прогноз благоприятен. Не наблюдается задержки психического развития, хотя в части случаев по достижении пубертатного возраста припадки не исчезают, но трансформируются в другие. На ЭЭГ на фоне нормальной

биоэлектрической активности появляются комплексы пик-волна, частотой 3 разряда в 1 секунду, как это свойственно простым (типичным) абсансам.

Сложный абсанс — короткая, при некоторых видах приступов до 1 минуты, утрата сознания, сопровождающаяся появлением других расстройств: гиперкинезов, изменений пострурального тонуса, вегетативных нарушений, отдельных действий. В соответствии с этим различают много видов сложных абсансов. Коротко опишем некоторые из них. Миоклонический абсанс — выключение сознания сочетается со вздрагиваниями всего тела в ритме 3 разряда в 1 секунду или миоклоническими подергиваниями отдельных мышечных групп. Сознание иногда может не утрачиваться. Атонический абсанс (припадки стремительного падения) — утрата сознания сопровождается потерей мышечного тонуса всей скелетной мускулатуры или в отдельных мышечных группах. Падение пострурального тонуса может быть постепенным (медленное оседание тела) либо толчкообразным в ритме 3 разряда в 1 секунду или около того. Такие припадки сопровождаются более длительным выключением сознания — до 1 минуты, ошибочно расцениваются как короткие обмороки. Акинетический абсанс — припадок с обездвиженностью, в результате чего также возможны падения. Гипертонический абсанс (абсанс с тоническими явлениями) — во время припадка наблюдаются повышение мышечного тонуса, ретропульсивные, вращательные движения, сгибания и разгибания конечностей и др. Абсанс с вегетативными нарушениями: упусканьем мочи, гиперсаливацией, побледнением или покраснением лица и др. Абсанс с кратковременными элементарными автоматизмами — совершаются отдельные простые движения, продолжаются или завершаются начатые до припадка действия.

Тип нарушения сознания во время абсанса является, по-видимому, не установленным — сведений в литературе на этот счет нет, обычно указывается лишь факт выключения сознания. Клинические данные свидетельствуют, на наш взгляд, о том, что нарушение сознания во время абсанса может быть неодинаковым и колеблется от легкого оглушения (обнубиляции) до сопора (например, абсансы с упусканьем мочи). В клиническом плане была бы, очевидно, оправданной систематика абсансов в зависимости от глубины выключения сознания.

Синдром Леннокса-Гасто (эпилепсия с атипичными абсансами, миоклонически-астатическая эпилепсия). Проявляется атоническими, тоническими припадками и приступами атипичных абсансов (триада припадков

Леннокса-Гасто). Наблюдается в возрасте от двух до семи лет, в основе заболевания лежит энцефалопатия неясного генеза. Припадки (внезапные падения, застывания» абсансы с автоматизмами, миоклониями) возникают серийно, длятся от долей секунды до 2 секунд. Наблюдаются задержка психического развития, регрессивная симптоматика (утрата ранее приобретенных навыков), возможна деменция. ЭЭГ-картина неоднородна. После семи, восьми лет упомянутая триада припадков замещается генерализованными и сложными парциальными припадками. Рассматривается в рамках вторично генерализованной эпилепсии.

Пропульсивная эпилепсия Янца (миоклоническая эпилепсия подростков и юношей). Характеризуется массивными билатеральными миоклониями (преимущественно в мышцах рук и плечевого пояса), первично генерализованными тонико-клоническими припадками (иногда вторично генерализованными, следующими за миоклониями) и абсансами, в том числе сложными. Разграничивается с миоклонус-эпилепсией Унферрихта-Лундборга. Прогрессирующая семейная миоклонус-эпилепсия Унферрихта-Лундборга характеризуется последовательным усложнением клинической структуры: к ночным тонико-клоническим припадкам спустя ряд лет присоединяются миоклонии, затем изменяется личность (назойливость, взрывчатость, требовательность), а далее наступает ригидность мускулатуры и слабоумие. Миоклонии асимметричны, нерегулярны, исчезают во сне, усиливаются при волнении и сенсорной стимуляции, интенсивность их колеблется от одного дня к другому. На ЭЭГ на фоне отсутствия альфа-ритма регистрируются короткие пароксизмы острых, медленных волн, комплексов пик-волна, симметричные в обоих полушариях. Эпилепсия Янца наблюдается обычно в возрасте от 12 до 18 лет. Протекает благополучно. Отставания умственного развития не бывает, но задержка личностного развития возможна — инфантилизм. На ЭЭГ отмечаются комплексы спайк-волна 3 в 1 секунду (типичные абсансы), 1—2 в 1 секунду (атипичные абсансы), характерны полиспайки с частотой 4—6 в 1 секунду и последующими медленными волнами. С возрастом миоклонические пароксизмы исчезают.

Роландическая эпилепсия. Проявляется фарингооральными припадками (глотание, жевание, облизывание, гиперсаливация в сочетании с парестезиями в горле и языке, чувством удушья), а также односторонними лицевыми припадками. Наблюдается в возрасте от 4 до 10 лет. Припадки редкие, возможна вторичная их генерализация, часто бывают во время сна. Прогноз благоприятен, развитие детей не нарушается. На ЭЭГ на фоне сохранных основных

ритмов отмечаются пики и высокоамплитудные острые волны центрально-темпоральной локализации. Относятся к фокальной эпилепсии.

Синдром Ландау-Клеффнера. Типичное начало расстройства в возрасте трех, семи лет. После периода нормального речевого развития происходит постепенная либо очень быстрая потеря навыков как рецептивной, так и экспрессивной речи. Некоторые дети становятся немыми, другие ограничиваются жаргоноподобными звуками, нарушаются плавность речи, артикуляция, просодические аспекты речи. Одновременно выявляются пароксизмальные отклонения на ЭЭГ (в височных и других отделах), эпилептические припадки. Появление припадков может опережать расстройства речи.

Синдром Ретта. Начинается в возрасте между 7 и 24 месяцами, описан у девочек. После периода нормального раннего развития следует частичная либо полная потеря мануальных навыков, замедление роста головы, утрата намеренных движений рук, стереотипии почерка, одышка. Социальное и игровое развитие задерживается в первые два, три года, хотя социальные интересы отчасти сохраняются. В среднем детстве присоединяются атаксия туловища, апраксия, кифо- или сколиоз, иногда хореоформный гиперкинез. Часто в раннем и среднем детстве наблюдаются эпилептические припадки, в итоге развивается тяжелая психическая инвалидизация.

Болезнь Рилей-Дей. Судорожный синдром сочетается с сухостью слизистых покровов, пароксизмами гипертермии, отсутствием на языке грибовидных сосочков. Встречается у пациентов еврейской национальности. Эпилептические очаги первично генерализованных припадков локализованы в стволовых отделах головного мозга.

Парциальные или фокальные припадки. Проявляются пароксизмами изолированных нарушений каких-либо функций — двигательных, чувствительных, вегетативных, психических. При этом может возникать оглушенность сознания или его спутанность, то есть идут сложные фокальные припадки. К парциальным относятся следующие виды припадков. Соматомоторные припадки Браве-Джексона — наблюдаются пароксизмы клонических судорог в мышцах конечностей и лица на одной половине тела. Клонические подергивания чаще возникают в орофациомануальной мускулатуре. Судороги распространяются в разной последовательности. С переходом их на лицо возможна генерализация приступа в общий припадок. Адверсивные припадки — тоническая судорога с поворотом глаз, головы и

туловища в сторону, противоположную локализации эпилептического очага. Как правило, сопровождается вторичной генерализацией приступа. Окулоклонические припадки,— клоническое отведение глазных яблок (эпилептический нистагм). Окулотонические припадки — тоническое отведение глазных яблок (эпилептическая судорога взора). Версионные припадки — вращение тела вокруг собственной оси. Соматосенсорные припадки — пароксизмы парестезий на половине лица и конечностях, противоположных латерализации эпилептического очага. Чаще генерализуются в общий припадок. Речевые- или фонаторные припадки — пароксизмы расстройств речи (произнесение отдельных слов, фраз, иногда осмысленных, итеративное их повторение, внезапная утрата речи) и фонации. Сенсорные припадки — пароксизмы элементарных или простых галлюцинаций (слуховых, зрительных, тактильных, обонятельных, вкусовых, вестибулярных) и сенестопатических ощущений. Большей частью наступает генерализация в общий припадок. Соматосенсорные джексоновские припадки — приступы парестезий на половине тела на стороне, противоположной локализации эпилептического очага (постцентральная извилина). Вегетативные припадки изолированных вегетативных расстройств (резчайших болей в эпигастрии, животе, области сердца — «абдоминальная эпилепсия»; «эпилептическая грудная жаба»; нарушений дыхания — «эпилептическая астма»; дизурических расстройств, вегетативно-сосудистых нарушений), наблюдающихся при локализации эпилептического очага в корковых отделах височной доли мозга (орбитоинсулотемпоральная область). Вегетативные припадки могут проявляться лишь расширением зрачков — «зрачковая эпилепсия». Абдоминальные и эпигастральные припадки чаще наблюдаются у детей в возрасте от трех до семи лет. Сопровождаются оглушением сознания, отчего воспоминания о них нечетки. От кортико-висцеральных вегетативных припадков отличают общевегетативные пароксизмы, сочетающиеся с оглушением сознания и тоническими судорогами — диэнцефальная эпилепсия. В современных классификациях она не упоминается.

Помимо вышеупомянутых наблюдаются фокальные припадки с разнообразными психопатологическими феноменами («психические эквиваленты», «пароксизмальные эпилептические психозы», «припадки психические эпилептические»). Эпилептический очаг обнаруживается при этом чаще всего в височных долях мозга — «височная эпилепсия». Эпилепсия, проявляющаяся изолированными психическими эквивалентами, обозначается также «ларвированной» или «маскированной» эпилепсией. Не

очень ясен вопрос о различиях, существующих между психическими припадками и острыми психозами при эпилепсии — где пролегает граница, отделяющая их друг от друга, или, по крайней мере, какова длительность собственно припадка. Если принять, что цикл генерализованного припадка (предвестники — приступ — послеприпадочные расстройства) продолжается до 6—7 суток, то следует согласиться и с тем, что длительность психического пароксизма может колебаться в таких же пределах. Термин «психические эквиваленты» нами используются не в первоначальном его значении, а в условном смысле и скорее по привычке.

Наблюдаются различные клинические варианты психических эквивалентов: приступы помрачения сознания, психомоторные припадки, пароксизмы с аффективными, бредовыми, галлюцинаторными и идеаторными расстройствами, а также особые состояния сознания.

Приступы помрачения сознания проявляются сумеречными, онейроидными и делириозными пароксизмами. Сумеречные состояния (см. «Нарушения сознания»). Приступы эпилептического делирия развиваются и завершаются внезапно, сопровождаясь более обширной, чем обычно, амнезией. Приступы эпилептического оней-роида также возникают внезапно, без смены отдельных этапов развития, установленной для шизофрении. Наблюдается экстатическое состояние, галлюцинации мистического содержания, ступор, отрешенность от действительности или ее иллюзорное восприятие, созвучное настроению.

Психомоторные припадки характеризуются бесцельно совершаемыми действиями, характер которых определяется глубиной нарушения сознания и непосредственным окружением, в котором больной находится в это время. В зависимости от степени сложности и вида выполняемых действий различают следующие разновидности психомоторных припадков.

Фуги — припадки стремительного бегства, вращения вокруг оси тела или бега по кругу (так называемые манежные действия), длящиеся в течение нескольких секунд.

Амбулаторные автоматизмы — приступы с автоматизмами хождения. Больные блуждают по городу, уходят в незнакомые места, а очнувшись, не помнят, где были и как здесь оказались.

Трансы — многодневные приступы, во время которых больные совершают далекие путешествия, используя при

этом современные виды транспортных средств. Больные обращают на себя внимание окружающих может быть только повышенной сонливостью, неразговорчивостью, рассеянностью, как бы погруженностью в какие-то размышления, в целом же внешнее поведение остается упорядоченным. Похоже, что в трансах высвобождаются древние, по терминологии Юнга, архетипические комплексы кочевания.

Автоматизмы жестов — непродолжительные припадки, во время которых больные выполняют разрозненные и неправильные действия: потирают руки, переставляют с места на место мебель, вынимают содержимое из карманов или складывают туда все, что попадает под руку, раздеваются, выливают на себя воду, мочатся на виду у всех. Так, один из пациентов, патологоанатом по профессии, во время припадков ломал инструменты, перерезал провода телефонов. Во время вскрытия трупа отделял кусочки тканей и поедал их. Открывал двери автомобиля и пытался выйти на полном ходу.

Речевые автоматизмы — произносятся фразы, монологи, ругательства, декламируются стихи. Припадки с речевыми автоматизмами сходны с речевыми парциальными припадками, разграничить их клинически едва ли возможно, как, впрочем и некоторые другие психомоторные и двигательные припадки.

Автоматизмы выразительных действий — во время припадка наблюдается бессмысленный, дикий хохот («припадки безумного смеха» Джексона), рыдания, вопли, пение, танцы, гримасничество, позы, выражающие радость, страх.

Сложные автоматизмы — припадки, во время которых выполняются сложные, кажущиеся осмысленными, целесообразными поступки. Имеются сообщения, согласно которым больные во время таких приступов способны выполнять сложную работу и даже творческую: создать художественное произведение, сдать ответственный экзамен, решить математическую задачу и др.

Наряду с вышеупомянутыми могут возникать пароксизмы аффективных нарушений: дисфории, маниакальные и депрессивные состояния. Дисфории — приступы тоскливо-злобного настроения на фоне ясного сознания. Мании и депрессии, также возникающие пароксизмально, напоминают циркулярные аффективные сдвиги. Для эпилептических маний более свойственна экстатически восторженная приподнятость, для депрессий — мрачный оттенок настроения и возможность появления импульсивных

влечений.

Особые состояния сознания (сходные пароксизмы описываются под другими названиями: психосенсорные припадки, снопоподобные состояния, височные псевдоабсансы) отличаются от абсансов относительно медленным началом и окончанием, большей продолжительностью (минуты, десятки минут), наличием разнообразной психопатологической симптоматики. Наблюдаются явления аутометаморфопсии (макросомия, микросомия и др.), метаморфопсии (макропсия, микропсия, порропсия и др.), нарушения восприятия времени, дереализация, феномены «уже виденное, слышанное, пережитое» и «никогда не виденное, не слышанное, не пережитое», нарушения восприятия качества цвета, отдельные галлюцинации, фрагменты фантастического грезоподобного бреда, страх, тоска, растерянность, массивные вегетативные расстройства. Во время припадка и после него сохраняется понимание болезненности состояния. Воспоминания о субъективных переживаниях этого периода достаточно полны, о внешних событиях — отрывочны или отсутствуют. Возможна амнезия части (в начале, в середине, в конце) приступа, к которому приурочена оглушенность сознания. В этом случае припадок, по принятой в настоящее время терминологии, обозначается как сложный парциальный припадок. Следует обратить внимание на то обстоятельство, что в своих сообщениях пациенты упоминают иногда только об «отключениях», что может создать ошибочное впечатление абсанса. Сложные парциальные припадки отличаются от абсанса структурной сложностью, длительностью (несколько минут, до 10 и более), а также отсутствием типичных разрядов на ЭЭГ — три комплекса пик-волна в 1 секунду.

Идеаторные припадки — приступы насильственного течения или остановки мыслей, воспоминаний. Амнестические припадки — отражают лимбические нарушения, проявляются короткими эпизодами выпадения памяти на прошлые события. Экмнестические припадки — галлюцинаторно четкие насильственные воспоминания реального прошлого.

Височные припадки могут протекать изолированно, однако возможна их вторичная генерализация в большой приступ, после которого психоз самокупируется. При высокой судорожной готовности наступает очень быстрая генерализация, психотический эпизод длится недолго и, как уже упоминалось, является аурой припадка.

Приведенный перечень, вероятно, не исчерпывает все многообразие психических припадков. Кроме того, он

показывает, что сколько-нибудь удовлетворительной классификации не существует. Систематика психических припадков, по данным литературы, основывается на психологических критериях и большей частью проводится с позиции структуралистской психологии. Отсюда вытекает как терминология («когнитивные», «эмоциональные» припадки, припадки с нарушениями восприятия и др.), так и неизбежные при таком подходе трудности разграничения различных пароксизмов, статичность оценок. Современная психопатология в систематике психических расстройств использует синдромальный, то есть клинко-патогенетический подход. В отношении психических припадков он, похоже, не применялся. Вытекающая из него идея состоит в том, что психические припадки могут быть классифицированы в соответствии со шкалой тяжести продуктивных психических расстройств. Тем самым появляется возможность расположить припадки в зависимости от глубины поражения психической деятельности, установить между ними отношения иерархии; выявить быть может еще неучтенные типы пароксизмов, или даже предположить их существование; определить тяжесть и направление течения височной эпилепсии, эффективность лекарственной терапии, основываясь не только на количественных критериях (частота), но также на анализе клинической структуры пароксизмов; в случаях постепенного развертывания припадка оценить этапность и «марш» патологических состояний, сменяющихся во время приступа.

Парциальные припадки с психической патологией, если следовать синдромальному принципу, могут располагаться в такой последовательности (изложение ведется в порядке нарастания их тяжести):

1. Припадки с симптоматикой психосоматического уровня: нарушениями сна, влечений, общей чувствительности, активности, вегетативной регуляции. Это припадки с эпизодами сонливости, напоминающими нарколептические пароксизмы, приступы эпилептических сновидений, пароксизмы снохождения и сноговорения. Далее, это корковые вегетативные пароксизмы, припадки с разнообразными нарушениями общей чувствительности, в частности, сенестопатиями, влечений (булимия, усиление либидо).
2. Припадки с аффективной патологией — дисфории, маниоформные и депрессивные пароксизмы.
3. Припадки с симптоматикой невротического уровня: деперсонализацией и дереализацией, психической

анестезией, навязчивыми, истерическими явлениями. Истерические припадки, вероятно, могут быть и собственно эпилептическими и в таком случае разграничивать их с припадками эпилепсии нецелесообразно. Другое дело, это их отличие от судорожных припадков. Истериформные пароксизмы у пациентов с эпилепсией от собственно истерических (невротических) припадков отличаются большей тяжестью: отсутствием фотореакции зрачков — симптомом Редлиха, меньшей контактностью пациентов, снижением откликаемости на внешние воздействия. Труднее модифицировать и прервать припадок. Возможны прикусы щек, упускание мочи, легкие ушибы, припадки более стереотипны, длятся дольше и оставляют после себя меньше воспоминаний. Истериформные припадки могут сочетаться, кроме того, с тонико-клоническими или перерасти в последние. Классические дифференциально-диагностические таблицы признаков, отличающих истерические и эпилептические судорожные припадки, построены, похоже, на сравнении разных классов явлений, поэтому имеют скорее академическое значение. Что касается истериформных приступов у больных эпилепсией, то они известны давно и описаны под разными названиями (подкорковые, интермедиарные, истероэпилептические, тяжелые истерические припадки). Главная трудность дифференциальной диагностики состоит в том, что они феноменологически сходны с функциональными припадками.

4. Припадки с брезово-галлюцинаторной симптоматикой — брезовые, галлюцинаторные, параноидные, галлюцинаторно-параноидные, парафренные. Возможно, существуют эпилептические пароксизмы с кататонической симптоматикой.

5. Припадки с нарушениями (спутанностью) сознания: онейроидом, делирием, сумеречным помрачением сознания, двигательными, выразительными автоматизмами (фуги, трансы, амбулаторные автоматизмы).

Наряду с припадками, во время которых возникает продуктивная психопатологическая симптоматика, наблюдаются пароксизмы с негативной симптоматикой. Это, например, припадки с оглушением дознания (абсансы, сложные парциальные припадки), сопором и комой (бессудорожные припадки), амнестические припадки, приступы по типу шперрунгов. Вероятно, этим не исчерпываются все варианты «негативных» эпилептических пароксизмов.

Амнестический (Корсаковский) синдром проявляется потерей памяти на текущие события (фиксационная амнезия) при относительно лучшем воспроизведении событий и навыков прошлого. Страдает репродукция, возможно и фиксация впечатлений. Наблюдается амнестическая дезориентировка во времени и окружающем. Нередки замещающие конфабуляции обыденного содержания. Могут возникать наплывы конфабуляции в виде эпизодов конфабуляторной спутанности. Формальные процессы мышления поражаются в несколько меньшей степени. Так, пациент, после еды тут же о ней забывает, однако способен еще сносно играть в шахматы (правда, если доска с фигурами находится перед глазами). Ходы в игре носят ситуационный характер — о том, какими они были задуманы несколько минут назад, больной не помнит. Пробел памяти не осознается, жалоб на это нет. Но заметно, что пациенты стараются замаскировать дефект памяти обтекаемыми ответами. Очевидно, что они все-таки чувствуют недостаток памяти, но быстро забывают об этом также, как о внешних впечатлениях. Выявляются повышенная истощаемость, вялость, адинамия. Фон настроения может быть апатическим, подавленным, эйфорическим. Время от времени возникают отдельные галлюцинации, нестойкие бредовые идеи, о которых тут же забывается. Дефект памяти со временем может сглаживаться, быть неизменным, но в случае прогрессирования болезни к фиксационной амнезии присоединяется амнезия ретроградная. Выделяют непродуктивный вариант Корсаковского синдрома — фиксационная амнезия с благодушным настроением, но без конфабуляции. Корсаковский синдром наблюдается при интоксикациях, черепно-мозговых травмах, инфекционных заболеваниях, сосудистых процессах (нарушения васкуляризации в области гиппокампа, лимбических структур). В качестве самостоятельного выделяется не всеми.

ГЛАВА 12. ПСИХООРГАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Психопатология. Часть II

В.А. Жмуров

Психоорганический синдром характеризуется следующей триадой признаков: ослаблением памяти, снижением интеллекта, недержанием аффектов (триада Вальтер-Бюэля). Часто наблюдаются астенические явления. Нарушение памяти в той или иной степени затрагивает все ее виды. С наибольшим постоянством выявляется гипомнезия, в частности, дисмнезия, возможны амнезии, конфабуляции. Объем внимания значительно ограничен, повышена отвлекаемость. Страдает качество восприятия, в ситуации улавливаются лишь частные детали. Ухудшается ориентировка, вначале в окружающем, а затем и в собственной личности. Уровень мышления снижается, что проявляется обеднением понятий и представлений,

слабостью суждений, неспособностью адекватно оценивать ситуацию, свои возможности. Темп мыслительных процессов замедлен, торпидность мышления сочетается со склонностью к детализации, персеверациям.

Эйфорическое либо повышено-дурашливое настроение (реже — субдепрессивное) сопровождаются аффективной лабильностью. Последняя может достигать степени недержания аффекта (аффективная инконтиненция). Настроение легко меняется по разным, внешне незначительным поводам, например, под влиянием тона беседы (аффективная индукция). Преобладают раздражительность, вспыльчивость, эксплозивность, гневливые реакции, аффективная вязкость. Падает общая активность. Снижается уровень и интенсивность побуждений к продуктивной деятельности, забываются прежние интересы, обедняется кругозор. Индивидуальные особенности характера в относительно легких случаях заостряются, остаются как бы без противовеса, и на первый план выступают психопатоподобные нарушения (характеропатический вариант психоорганического синдрома); при более тяжелой степени расстройств происходит стирание, нивелировка преморбидных особенностей личности (органическое снижение уровня личности) вплоть до полной их утраты и развития слабоумия — дементный вариант психоорганического синдрома. При болезни Пика, прогрессивном параличе тенденция к нивелировке личности преобладает с самого начала. Астенические явления в структуре психоорганического синдрома выражены в разной степени. Они слабо представлены либо отсутствуют при атрофических процессах второй половины жизни (Болезнь Пика, Альцгеймера, старческая деменция). При сосудистых, травматических процессах, некоторых эндокринных заболеваниях, напротив, часто находятся на первом плане. У больных с последствиями черепно-мозговой травмы, сосудистой формой нейролеуса могут доминировать раздражительность, эксплозивность, дисфорические реакции.

Пациенты-органики обычно плохо переносят жару, перепады атмосферного давления, часто жалуются на головные боли, давление в голове, головокружение, обнаруживают признаки вегетативной неустойчивости, нарушение сна, аппетита.

Психические нарушения сочетаются с разнообразными нередко весьма выраженными неврологическими расстройствами (парезы, параличи, выпадения чувствительности, гиперкинезы и др.). Страдают высшие корковые функции (афазии, апраксии, агнозии, акалькулия и т. п.). Тяжесть психических и неврологических нарушений

не всегда совпадает.

Наблюдается также симптоматическая лабильность — готовность к экзогенным типам реакции под влиянием интеркуррентных заболеваний и различных интоксикаций, повышена чувствительность к психотропным средствам. Из психотических реакций наиболее часто наблюдаются делириозное и сумеречное помрачение сознания. Симптоматическая лабильность возрастает параллельно тяжести психоорганического синдрома. Повышается склонность к психогенным реакциям, особенно депрессивным. В начальном периоде некоторых заболеваний (атрофические процессы) могут возникать эндоформные продуктивные психопатологические расстройства: маниакальные, депрессивные, бредовые, галлюцинозы (чаще вербальные, реже — тактильные и зрительные). Длительность их от нескольких дней до ряда лет. По мере прогрессирования психоорганического синдрома вероятность их проявления снижается, а клиническая картина возникшего ранее психоза редуцируется.

Различают диффузный и локальный (церебрально-очаговый) варианты психоорганического синдрома. При локальном варианте могут преобладать расстройства памяти (Корсаковский синдром), интеллекта (болезнь Пика, прогрессивный паралич, патология влечений и аффективные расстройства (опухоли определенной локализации), хотя о подобных частичных психических выпадениях можно говорить очень условно. При поражении конвекситатной лобной коры наблюдается «фронтальный синдром» — аспонтанность в мышлении, речи, поведении, достигающая степени акинезии. Повреждение медиальных отделов лобной коры сопровождается грубыми нарушениями высших форм внимания. Лобно-базальная локализация поражения обнаруживается картиной мории либо псевдопаралитического синдрома. При диэнцефальной локализации процесса наблюдается анергия, сонливость, депрессия либо эйфория, дисфория, нарушения влечений на фоне эндокринных и метаболических расстройств. Поражения на уровне ствола мозга проявляются торпидностью психических процессов либо импульсивностью и взрывчатостью.

Разграничивают также острый и хронический варианты психоорганического синдрома. Острый — возникает внезапно нередко вслед за экзогенным типом реакции, длится несколько дней, недель. Может быть единственным эпизодом либо рецидивирует и переходит в хронический. Последний чаще начинается малозаметно и протекает по-разному. При болезни Пика, Альцгеймера, хорее Гентингтона, старческом

слабоумии психоорганическая симптоматика прогрессирует и завершается обычно слабоумием. Течение психоорганического синдрома, возникающего после черепно-мозговых травм, энцефалитов, приближается к стационарному — резидуальный вариант психоорганического синдрома. Возможно обратное развитие симптоматики, разумеется, до известных пределов — регрессиентный вариант психоорганического синдрома. При прогрессивном параличе, доброкачественных опухолях возможны терапевтические ремиссии. Степень выраженности психоорганического синдрома во многом зависит от возраста. Уязвимость к органическим повреждениям психики наиболее значительна в старческом возрасте.

Псевдопаралитический синдром. Наблюдается приподнятое, с преобладанием эйфории настроение, неряшливость, неопрятность, прожорливость, сексуальная расторможенность, развязность и бесцеремонность в отношениях с окружающими, дурашливость, непристойные выходки, обнаженность, грубые, циничные шутки. На фоне значительного мнестико-интеллектуального снижения выделяются фантастические конфабуляции, бредовые идеи величия, богатства. Иногда встречаются состояния тревожно-ажитированной депрессии с элементами бреда Котара. Критическое восприятие психических нарушений отсутствует. Из неврологических симптомов часто отмечаются дизартрия, анизокория, вялая фотореакция зрачков, симптом Гуддена, тремор пальцев рук, языка, анизорефлексия, невриты. Встречается при различных заболеваниях: алкогольная энцефалопатия, нейролюес, опухоли головного мозга, симптоматические психозы.

Психоэндокринный синдром. Наиболее характерными являются снижение психической активности, изменения настроения и влечений. Психическая активность снижается в разной степени: от умеренной астении до состояний полной аспонтанности. Ядро личности вместе с тем сохраняется, больные адекватно реагируют на аффективно значимые для них раздражители. Патология влечений сводится, в основном, к количественным нарушениям либидо, чувства голода и насыщения, жажды; встречаются импульсивные влечения. Из аффективных расстройств следует отметить атипичные депрессии (с астенией, апатией, дисфорией, тревогой и страхами) и маниакальные состояния (с озлобленностью, агрессией). Характерна эмоциональная неустойчивость. Наиболее часто депрессии наблюдаются при болезни Иценко-Кушинга. Нередко выявляется склонность к реактивным депрессиям. Мнестико-интеллектуальное снижение наблюдается при более тяжелом течении эндокринного заболевания. Чаше оно проявляется

амнестическим синдромом. В наиболее тяжелых случаях, развивается тотальное слабоумие.

ГЛАВА 13. ПСИХОЛОГИЯ И НАРУШЕНИЯ ИНТЕЛЛЕКТА

Психопатология.
Часть II

В.А. Жмуров

Психология интеллекта. Интеллект (intellectus — разумение, понимание, постижение) — относительно устойчивая структура умственных способностей индивидуума, мыслительные способности человека. По Векслеру, интеллект — это глобальная способность разумно действовать, рационально мыслить и хорошо справляться с жизненными обстоятельствами — успешно меряться силами с окружающим миром. Операциональных определений интеллекта на сегодня нет. По этому поводу остроумно сказано «Всякий умный человек знает, что такое интеллект. Это то, чего нет у других». В настоящее время большинство психологов понимает под интеллектом способность индивидуума адаптироваться к окружающей среде. Существуют различные теории интеллекта, роли наследственности и среды в его развитии, методы его измерения. Измерение интеллектуального коэффициента по западным стандартам, основанное на определении скорости решения разных задач, теряет в настоящее время доверие, так как в разных культурах и социальных группах проблемы, решение которых обеспечивает успешную адаптацию, неодинаковы. Деление людей на «средних», «отсталых» и «сверходаренных» по результатам тестирования немного говорит о социальной ценности этих людей. Термен выявил поразительный факт: ни один из имеющих повышенный коэффициент интеллекта не стал ни Моцартом, ни Эйнштейном, ни Пикассо, не оставил заметного следа в истории своей страны. Выяснилось также, что социальный успех зависит не только от умственных способностей. Не меньшую роль играют семейная среда с ее эмоциональными и социально-экономическими особенностями, а также личностные качества.

Исследования интеллекта в последние десятилетия сместились на изучение творческого или креативного мышления. Гилфорд в 1959 г. обобщил результаты всех этих исследований и создал расширенную концепцию интеллекта. Он выделил два типа мышления: конвергентное, необходимое для нахождения единственно точного решения, и дивергентное, благодаря которому возникают «оригинальные решения». У человека с нормальным интеллектом обычно имеются и нормальные творческие способности. Но, начиная с IQ, равном 120 %, пути умственных и креативных способностей расходятся. Творческие способности, по замечанию Фергюсона, не создаются, а высвобождаются.

Этому в немалой степени способствуют особенности творческой личности, которая чужда конформизму, мало догматична, интересуется разными вещами и пытается объединить данные из разных областей. Голова творческого человека полна чудных идей. Это люди, сохраняющие детскую способность удивляться, мечтать, принимают и интегрируют разные аспекты своего поведения (Годфруа, 1993). Предлагают тесты на выявление и измерение креативного потенциала. Результаты их применения обнадеживают, однако, единственным достоверным методом определения способностей интеллекта и творческих возможностей остается практика жизни.

Нарушения интеллекта. Слабоумие характеризуется стойким или прогрессирующим ослаблением всех сторон познавательной деятельности, — памяти, мышления, когнитивных потребностей, высших эмоций, критических и прогностических функций, восприятия или, иными словами, интеллекта в целом. Различают врожденную (олигофрения) и приобретенную формы слабоумия (деменция). Олигофрения (по критериям, принятым в отечественной психиатрии) это наследственно обусловленные, а также приобретенные в течение первых трех лет жизни формы умственной отсталости. В данном случае наблюдается стойкая задержка развития интеллекта и в той или иной степени других психических функций. Деменция характеризует распад хорошо развитого прежде интеллекта, его руинирование под влиянием разных вредностей и ослабляющих процессов.

Врожденное слабоумие в зависимости от уровня развития интеллекта подразделяется на идиотию, имбецильность и дебильность.

Идиотия — наиболее глубокая степень умственной отсталости. Составляет 5 % всех случаев олигофрении. Интеллектуальный коэффициент при идиотии не превышает 20 % от уровня нормального умственного развития, присущего биологическому возрасту испытуемых. Различают три степени идиотии. При глубокой идиотии отсутствуют узнавание, познавательные потребности (ориентировочный рефлекс), речь и ее понимание, элементарная ориентировка в ситуации и назначении предметов, сколько-нибудь дифференцированные эмоции и выразительные действия, реакции на мимику, жесты и намерения окружающих. Снижены различные виды чувствительности, в том числе болевой, резко задерживается моторное развитие (вертикальное стояние, ходьба), нередко наблюдаются стереотипные раскачивания головой, всем телом. Не формируются навыки опрятности. При идиотии средней и легкой степени пациенты способны понимать значение

отдельных простых слов, жестов окружающих, умеют смеяться и плакать, узнают некоторые предметы и знакомую обстановку. Знают и имеют в активном словаре несколько десятков слов. В какой-то степени обучаемы — могут, например, научиться самостоятельно есть. Реагируют на появление новых людей и предметов, на боль, на эмоции окружающих.

Имбецильность — средняя степень умственного недоразвития. На ее долю приходится 20 % случаев олигофрении.

Интеллектуальный коэффициент у пациентов с имбецильностью колеблется от 20 до 50 % средневозрастной нормы, доступно понимание простых связей между объектами в первичных, обиходных ситуациях. С опозданием, к трем, пяти годам появляется речь, активный запас слов исчисляется сотнями. Формируются несложные навыки самообслуживания, простейшие трудовые навыки. Доступен механический счет в пределах 10—20, арифметические действия не усваиваются. Недоступно и чтение. Познавательные потребности не развиты, хотя существуют реакции любопытства. Имбецилы свободно пользуются личными местоимениями, узнают свое изображение в зеркале, на фотографии. Эмоциональные реакции и средства их выражения более дифференцированы, выявляются привязанности и антипатии. В моторном плане пациенты неуклюжи, неловки, речь косноязычна. Игровая деятельность однообразна. Имбецильность делят на глубокую, среднюю и легкую тяжести.

Дебильность — легкая степень умственной отсталости.

Встречается наиболее часто—75 % случаев олигофрении.

Интеллектуальный коэффициент при дебильности варьирует от 50 % до 70 % относительно нормы. В связи с возникающими в отношении дебилов вопросами обучения, трудовой и военной экспертизы различают легкую, умеренную и выраженную дебильность. Дебильность характеризуется неспособностью владеть сложными умственными операциями, такими, как обобщение и абстрагирование, отсутствием креативности, самостоятельности. Мышление протекает на наглядно-образном и образном уровне. Запас слов может быть порядочным, но понятия отличаются нечеткостью границ, расплывчатостью содержания. Общие и отвлеченные понятия не усваиваются. Эмоциональные реакции лишены тонкости. Двигательное развитие может быть удовлетворительным, но корковая моторика развита недостаточно. Например, хорошего почерка не вырабатывается. Механический счет удается, но арифметические действия доступны только с простыми числами, в уме выполняются с трудом, и то, скорее, по памяти. Механическая память бывает хорошей, а иногда, хоть и редко, феноменальной. Произвольная память и активное внимание остаются в зачаточном состоянии.

Любознательность, пытливость дебилам не свойственны. Тяги к знаниям нет, мышление совершается по шаблону, без выдумки и воображения. Повышена внушаемость. Самооценка часто завышена и основана на внешних данных. Доступны несложные виды физического труда, освоение некоторых ручных профессий, удовлетворительная социальная адаптация, создание семьи. Нередки дефекты речи в виде шепелявости, сигматизма, ротацизма и лямбдацизма (не произносятся звуки «с», «р», «л») и др. Грамматические структуры речи упрощены, пациенты могут быть болтливы, но не владеют культурой речи, коммуникативными ее аспектами (умение слушать, заинтересовать и т. д.). От олигофрении следует отличать пограничную умственную отсталость. Принципиальное отличие заключается в том, что при олигофрении в первую очередь страдают умозаключения, процессы обобщения и абстрагирования, а также познавательные потребности. При пограничной умственной отсталости преимущественное нарушение касается так называемых предпосылок интеллекта (внимания, памяти, активности, восприятия и др.), в то время как процессы обобщения и абстрагирования, способность схватывать логические отношения остаются на удовлетворительном уровне, дети обучаемы, интеллектуальная ограниченность в принципе может быть преодолена с возрастом или путем соответствующей постановки обучения.

Синдромы деменции. Деменция (ослабоумливание) — обусловленное заболеванием мозга, снижение интеллекта. Проявляется нарушением ряда высших корковых функций, включая внимание, память, мышление, ориентировку, понимание, счет, суждение, речь, способность к обучению. Наблюдается ослабление когнитивных функций, эмоционального контроля, социальной адаптации. Сознание не изменено, однако, осознание болезни отсутствует (анозогнозия), если деменция носит тотальный характер.

К деменции не относятся временные (преходящие) изменения интеллекта, напоминающие слабоумие, например, связанные с депрессией. Основными при деменции считаются нарушения процессов памяти (фиксации, ретенции, репродукции) и мышления (интерпретация поступающей информации, способность к рассуждению, замедление процессов мышления). Диагноз деменции можно считать достоверным, если вышеупомянутые расстройства существуют (прогрессируют) не менее шести месяцев.

Различают парциальное и тотальное слабоумие.

Парциальная (частичная, лакунарная, дисмнестическая) деменция проявляется неравномерностью выпадения

интеллектуальных функций с преобладанием дисмнестических нарушений. Ядро личности, самосознания, стиль поведения заметно не страдают, запас навыков и знаний сохраняется на уровне, обеспечивающем ориентировку в происходящем и самообслуживание. Ограничения в первую очередь касаются нового опыта, планирования, воображения, оригинальности и творчества, прогностической функции, расстройство критики выражено нерезко либо отсутствует. Пациенты понимают факт интеллектуального снижения, адекватно на это реагируют, стремятся компенсировать свою несостоятельность.

Тотальная (глобальная) деменция характеризуется и более или менее равномерным поражением всех сторон познавательной деятельности, глубоким снижением личности, потерей спонтанности, утратой критики к своему состоянию. Лакунарное слабоумие при прогрессировании может переходить в глобальное. Деление деменции на парциальную и тотальную диктуется практическими соображениями и носит условный характер. Различают следующие виды деменции.

Эпилептическая деменция. (Более корректным является выражение «слабоумие при эпилепсии»). Наряду с замедлением психических процессов (торпидность) выявляются снижение уровня мыслительной деятельности, патологическая обстоятельность мышления. С трудом, путано, неточно, с остановками и повторениями выражаются мысли. В связи с этим мышление больных эпилепсией называют лабиринтным. Ослабевают память, в первую очередь, на события, не имеющие личного значения. Обедняется лексикон, употребляются уменьшительно-ласкательные обороты речи — эвфемизмы, неопределенные и лишние слова и выражения. Речь в растяжку, нараспев, с обилием словесных штампов, междометий. Круг интересов и побуждений к деятельности ограничен заботами о собственном благополучии («концентрическое слабоумие»). Наблюдается утрированное заострение характерологических черт. Так, вежливость переходит в слащавость, елейность; предупредительность — в услужливость, сервизм; учтивость — в льстивость; аккуратность — в мелочный педантизм; сочувствие — в подобострастие; самоуважение — в заносчивость; бережливость — в скупость и т. д. Больные могут быть обидчивы, злопамятны, мстительны, взрывчаты. Иногда развиваются ханжество, показное благочестие, двуличие, набожность.

Сенильная (старческая) деменция. Вначале появляются признаки душевного оскудения, черствости — неприветливость, холодность, грубость, скардность и др. Больные угрюмы, недоверчивы, подозрительны.

Растормаживаются биологические влечения, угасают прежние интересы и привязанности. Нарушения памяти достигают степени прогрессирующей амнезии, резко падает способность суждения. Присоединяются расстройства пространственной ориентировки, речи, праксиса, выпадение других высших корковых функций. Наблюдаются бредовые идеи, галлюцинации, депрессия, мысли о смерти и умерших людях. Процесс завершается психическим маразмом. Различают разные формы старческого слабоумия: простую, депрессивную, параноидную, с состоянием спутанности сознания. Симптоматика предстарческого слабоумия аналогична таковой при сенильной деменции и характеризует диффузную либо очаговую атрофию головного мозга (болезнь Альцгеймера, болезнь Пика).

Паралитическая деменция. Наблюдается при прогрессивном параличе. Характеризуется грубыми нарушениями внимания, памяти, мышления. Повышена внушаемость. Поведение, вначале легкомысленное, становится затем нелепым. Фон настроения может быть повышен, наблюдается эйфория. Стираются индивидуальные особенности личности, может наступить психический распад.

Травматическое слабоумие. Степень выраженности и клинические особенности травматической деменции отражают глубину и локализацию повреждения головного мозга. Так, преимущественное поражение лобно-базальных отделов мозга может выражаться псевдопаралитическим синдромом, картиной мории. Поражение фронтальных отделов лобных долей проявляется апатией, аспонтанностью, акинезией, снижением активности мышления. При поражении височных долей могут возникать нарушения, напоминающие эпилептическую дегенерацию, типичны при этом расстройства речи, речевого мышления. При поражении ствола мозга отмечаются торможение влечений, аффектов, торпидность, однако могут наблюдаться и противоположные явления: аффективная возбудимость, повышение влечений, импульсивность. Поражение промежуточного мозга сопровождается потерей психической энергии, чувством бессилия, апатией, повышенной сонливостью, иногда — эйфорией, дисфорией, грубыми проявлениями аффектов и влечений. Могут возникать эндокринные и обменные нарушения. Разновидностью травматического является так называемое, боксерское слабоумие, встречающееся примерно у 5 % лиц, подвергшихся травмам на ринге.

Сосудистое (постинсультное слабоумие синдром Бинсвангера) слабоумие. Развивается после инсульта или серии микроинсультов. Характеризуется грубыми нарушениями памяти, осмысления, речи (афазии, логоклонии), явлениями

насильственного смеха, плача, психотическими эпизодами, значительными неврологическими нарушениями.

Сосудистая (дисциркуляторная) энцефалопатия чаще проявляется картиной дисмнестического слабоумия. Психические нарушения при гипертонической болезни могут выражаться псевдопаралитическим синдромом. Тяжесть сосудистых расстройств нередко колеблется.

Алкогольное слабоумие. Возникает как следствие алкогольной энцефалопатии (болезнь Гайе-Вернике, Корсакова, Маркиафава-Биньями и др.). Чаще проявляется в виде амнестического (Корсаковского) синдрома.

Деменция при болезни Альцгеймера характеризуется прогрессирующими нарушениями памяти, а также локальными расстройствами корковых функций, такими, как афазия, аграфия, алексия и апраксия. Локальные нарушения при этом могут преобладать на ранних этапах развития заболевания в случаях относительно раннего его начала (до 65 лет). Деменции при болезни Пика свойственны медленно нарастающие изменения характера и социальное снижение с последующим падением интеллектуальных функций. Типичны снижение памяти, расстройства речи, апатии либо эйфория, а иногда экстрапирамидные явления. Социальная дезадаптация и отклонения в поведении нередко опережают снижение памяти и речи. При болезни Крейцфельда-Якоба с типичным ее началом на пятом десятилетии жизни быстро прогрессирующая деменция сочетается с множественными неврологическими нарушениями (спастический паралич конечностей, ригидность, тремор, экстрапирамидные знаки, миоклонус). Течение подострое с летальным исходом через один, два года. Характерна трехфазная ЭКГ. Деменция при болезни Гентингтона (в типичных случаях проявляется на третьем десятилетии жизни) иногда начинается с тревоги, депрессии, параноида и изменений личности. Чаще дебютирует хореиформными гиперкинезами (особенно в лице и верхнем плечевом поясе), которые предшествуют деменции. Деменция характеризуется преобладанием лобных нарушений и относительно сохранной памятью в течение длительного времени. Заболевание протекает медленно, приводит к смерти спустя 10—15 лет. Для структуры деменции при болезни Паркинсона не установлено каких-либо характерных отличий. Констатируется на фоне верифицированной болезни Паркинсона, может сочетаться с болезнью Альцгеймера и сосудистой деменцией. Деменция при ВИЧ проявляется жалобами на медлительность и трудность в концентрации внимания, затруднениями чтения, решения задач, забывчивостью: нарастают аутизация, аспонтанность, апатия. Возможны аффективные нарушения, психотические явления,

припадки, а из неврологических расстройств — тремор, атаксия, мышечная гипертония.

Помимо вышеупомянутых наблюдается преходящее (транзиторное) слабоумие: шизофреническая и психогенная деменция.

При шизофренической (апатически-диссоциативной) деменции нет выпадений памяти, сохраняются приобретенные знания и навыки, могут быть не нарушены формальные аспекты мышления. Характерной особенностью шизофренического слабоумия является диссоциация между неспособностью уловить реальное значение конкретных событий, житейских ситуаций, ролевой несостоятельностью и удовлетворительными либо хорошими возможностями абстрактно-логического мышления — ситуационное слабоумие. Подчас значительный опыт и достаточные комбинаторные способности не могут актуализироваться в повседневной практической деятельности вследствие аутистической оторванности от реальности, аспонтанности, апатии.

Психогенное слабоумие (псевдодеменция). Истерическая реакция личности на психотравмирующую ситуацию в виде мнимого слабоумия. Проявляется симптомами мимо-ответов и мимодействий, особенно наглядными в элементарных ситуациях. Поведение столь демонстративно и нарочито, что одно это указывает на факт серьезного психического расстройства.

Различают депрессивный и ажитированный варианты псевдодеменции. При депрессивном варианте выявляется заторможенность моторных и речевых реакций, иногда мутизм. Наблюдаются истерические мимо-ответы, вербигерация, плохое запоминание свежих впечатлений, потеря интереса к происходящему. Пациенты негативистичны, часто совершают мимодействия (пытаясь, например, зажечь спичку, трут ею не ту сторону коробка или чиркают не головкой, а противоположным концом). Ажитированный вариант псевдодеменции выражается возбужденностью пациентов, эйфорией, расторможенностью, многоречивостью, ускорением речи. Мимо-ответы и мимодействия совершаются не только в реакциях, но и спонтанно. Явления псевдодеменции обратимы и бесследно исчезают с устранением или изживанием психотравмирующей ситуации. Воспоминания! о психотическом периоде сохраняются частично.

Псевдодеменция описана Вернике и является одной из форм истерического психоза. Известны другие его формы, в

частности, синдромы пуэрилизма и Ганзера.

Синдром пуэрилизма (puer — мальчик) проявляется преходящей регрессией сознания и поведения на детский уровень организации личности. Взрослый пациент в это время ведет себя и говорит, словно ребенок: ползает на четвереньках, забавляется детскими игрушками, капризничает, устраивает истерики, обращается к окружающим со словами «дядя», «тетя», просит не наказывать его, не бить, не ставить в угол, требует позвать «маму», ест руками, лепечет, читает по слогам.

Синдром Ганзера характеризуется тем же набором истерических проявлений (разговор не по существу, мимодействия, нарочитость, симптомы регрессии, возбужденность или заторможенность), но отличается большей тяжестью нарушений и, что самое важное — спутанностью сознания. Наблюдаются расстройства ориентировки в ситуации, месте, времени, а по выходе из психоза — явления частичной или полной амнезии. Истерические психозы упомянутого типа ранее описывались как «тюремные психозы» у арестованных и заключенных, но они возникают также при органических заболеваниях мозга и чаще встречаются в больницах, нежели в тюрьмах. Длительность их составляет несколько недель и даже месяцев. Долгое время их смешивали с симуляцией. В отличие от последней они связаны не с сознательной мистификацией, а отражают влияние неосознаваемых установок личности или обусловлены реакцией на органическое поражение психических функций. Существуют иные подходы к систематике слабоумия. Так, В. М. Блейхер (1976) различает такие его формы: простое, психопатоподобное, галлюцинаторно-параноидное, амнестически-парамнестическое, паралитическое и псевдопаралитическое, асемическое и терминальное или марантическое. Простой форме свойственно преобладание дефицитарных мнестико-интеллектуальных нарушений и отсутствие продуктивной симптоматики. Психопатоподобному слабоумию присуще болезненное заострение преморбидных особенностей личности или появление новых, не наблюдавшихся до болезни. Галлюцинаторно-параноидное слабоумие характеризует сочетание мнестико-интеллектуального снижения с галлюцинациями и бредом, причем последние по мере углубления деменции исчезают. Амнестически-парамнестическое слабоумие по симптоматике тождественно Корсаковскому синдрому. Паралитическое и псевдопаралитическое слабоумие определяется психическими нарушениями, свойственными прогрессирующему параличу, а также расстройствами, упомянутыми ранее при описании псевдопаралитического синдрома. Асемическое слабоумие

типично для очаговых поражений головного мозга, а также болезней Пика, Альцгеймера, очаговой (лиссауэровской) форме прогрессирующего паралича. Слабоумие, чаще глобального типа, сочетается с очаговыми расстройствами речи, гнозиса и праксиса. Марантическое слабоумие характеризуется полным распадом психической деятельности, эквифинальностью наблюдавшихся до него картин деменции.

ГЛАВА 14. СОН И НАРУШЕНИЯ СНА

**Психопатология.
Часть II**

В.А. Жмуров

Сон. По данным ЭЭГ-исследования, выявлено два вида сна и различные его стадии. Существует медленноволновый сон (с альфа-волнами, тета-волнами и дельта-волнами) и парадоксальный сон (с бета-волнами и быстрыми ритмическими движениями глазных яблок).

В медленноволновом сне, которому предшествует период засыпания с альфа-волнами на ЭЭГ, различают 4 стадии:

- 1 стадия. В начале ее появляются тета-волны. Это дремотное состояние с полусонными мечтаниями, гипнагогическим ментизмом. Может длиться до 9 минут;
- 2 стадия. На этой стадии на ЭЭГ появляются «сонные веретена». Длится от 30 до 45 минут;
- 3 стадия. Длится несколько минут, «сонные веретена» исчезают, уступая место медленноволновой активности;
- 4 стадия. Стадия глубокого, восстановительного сна. Преобладают дельта-волны. Длится около 30 минут. В этот период возникают 80 % сновидений, ночные ужасы, лунатизм, энурез.

Период сна состоит из 5 циклов по 90 минут. В каждом из них имеется медленноволновый сон, и парадоксальный, длящийся до 15—20 минут. В трех последующих циклах медленного сна третьей и второй стадии нет.

Диссомнический синдром. При психических заболеваниях возникают нарушения функции сна и сновидений. Как правило, патология сна является одним из наиболее ранних и устойчивых признаков психического расстройства, равно как нарушение вегетативной регуляции, общей чувствительности, влечений, активности. В ремиссии все эти отклонения исчезают обычно последними либо сохраняются на неопределенные сроки, указывая тем самым на неполное выздоровление.

Гиперсомния — патологическая сонливость. Чаще встречается при нервных заболеваниях (летаргический

энцефалит, опухоли головного мозга и др.). Нередко наблюдается также в состоянии апатии, легкой оглушенности сознания, при отравлении психотропными препаратами. Легкие депрессии нередко сопровождаются повышенной сонливостью. Сон приобретает для таких пациентов определенное психологическое значение, формируется нечто вроде зависимости от сна, так как в это время, по их словам, они «отдыхают» от тягостных переживаний бодрствования. По мере углубления депрессии гиперсомния сменяется бессонницей.

Гиперсомнические состояния могут возникать в виде приступов: нарколепсия, пикквикский синдром, синдром Кляйн-Левина, истерическая гиперсомния.

Нарколепсия характеризуется приступами сонливости в дневное время, припадками катаплексии, нарушениями ночного сна, состояниями паралича сна, а также психическими отклонениями — синдром Желино. Приступы сонливости, длительностью до 20—30 минут, возникают до трех, пяти раз в день и более, ежедневно или реже. Сон физиологический, глубокий, но пациента можно разбудить. Уснуть он может где угодно, испытывая внезапно возникшую непреодолимую потребность во сне. Зрачки в это время в отличие от эпилептического припадка сужены. Катаплексия — внезапное падение постурального тонуса до 2—3 минут — сопутствует приступам сна, но может возникать и отдельно от них. Катаплексические приступы часто провоцируются эмоциями (смех, радость, плач), внезапными и интенсивными сенсорными стимулами. Падение тонуса идет быстрой волной в направлении сверху вниз. Перед ночным засыпанием нередко появляются гипнагогические обманы восприятия (зрительные, слуховые, тактильные), страхи. При нарколепсии, но часто и вне ее наблюдаются состояния паралича сна, возникающие при засыпании или, что случается чаще, во время пробуждения. Ночной сон нарушен: бессонница, сдвиг формулы сна, частые спонтанные пробуждения, кошмары. Выявляется астенизация психики, раздражительность, торпидность, адинамические и апатические включения. Встречаются сексуальные расстройства, нарушения менструального цикла, ожирение, явления гипертиреоза, метаболические сдвиги. Нарколепсия может наблюдаться при органических заболеваниях головного мозга, но чаще имеет эссенциальную природу. Приступы сонливости, наподобие нарколептических, могут возникать при эпилепсии.

Пикквикский синдром — ожирение, расстройства дыхания (учащенное, поверхностное дыхание) и дневные приступы сонливости. При засыпании появляются отдельные

клонические гиперкинезы, отчего пациенты могут упасть, засыпая, как это им и свойственно, в положении сидя. Предполагают наследственную природу данного синдрома. Преморбидно пациенты экстравертированы, добродушны, активны, неумеренны в еде и весьма практичны.

Синдром Кляйн-Левина встречается в основном у юношей и проявляется приступами сна (несколько часов, дней), перед началом или по окончании которых наблюдается булимия. В структуре приступов отмечают, кроме того слабость, апатию, аспонтанность, инициальное психомоторное возбуждение, редко — шизофреноподобные расстройства.

Истерическая гиперсомния проявляется приступами глубокого сна, возникающими в связи с психогенией. Во время сна обнаруживается мышечный гипертонус, аналгезия кожи и слизистых покровов, задержка мочи и стула, тахикардия. На ЭЭГ выявляется картина бодрствования. Подобные состояния близки, вероятно, состояниям истерического психоза, известным как истерический ступор.

Истерическому ступору, возникающему в качестве реакции на психическую травму, а также после их в структуре других истерических психозов (синдром Ган-зера, пуэрилизма, псевдодеменции) свойственны следующие проявления. Пациенты застывают в очень выразительной позе, эмоционально напряжены. Тонус мышц несколько повышен, оказывается противодействие внешним попыткам изменить положение тела. Контакт с окружающим миром полностью не прерывается, глаза открыты. Сохраняются мимические реакции на вопросы, затрагивающие травмирующую ситуацию — пациенты сжимают губы, закрывают глаза. Ступор может сохраняться длительное время, исчезает сразу или постепенно, минуя другие истерические синдромы. Физическое состояние существенно не страдает. Сравнивая истерические гиперсомнию и ступор, можно сделать вывод о том, что глубина расстройств во время ступора представляется несколько меньшей.

Инсомния. Значительное сокращение нормы суточного сна вплоть до полной бессонницы. Встречается в острых психотических состояниях, в период продрома различных психозов, в абстиненции, при маниакальных состояниях. Укорочение сна часто бывает при депрессии, иногда длительное время наблюдается полное отсутствие сна. Следует заметить, что жалобы многих пациентов на бессонницу нередко преувеличены и отражают скорее страх бессонницы, нежели истинные нарушения сна.

Нарушения засыпания часто обусловлены психогенными

факторами и связаны с невротическими и невротоподобными расстройствами: волнением, беспокойством по поводу событий минувшего дня, тревожностью в связи с предстоящими событиями, явлениями психической гиперестезии, неприятными физическими ощущениями, ипохондрическими опасениями и др. Нередко встречается боязнь бессонницы, побуждающая к излишне энергичным усилиям ускорить наступление сна, а на деле только препятствующим ему. Засыпание может быть нарушено при депрессии, абстиненции, в психотических состояниях. Так, у больных с тревожной депрессией иногда возникает страх сна («усну и не проснусь»), гипнагогический ментизм, вегетативно-сосудистые пароксизмы. С наступлением ночи потребность во сне у депрессивных больных может утрачиваться, появляется желание что-то делать, «сон не идет». Иногда засыпание может быть нарушено в том смысле, что оно наступает внезапно, без предшествующего дремотного периода: «засыпаю нечаянно, как отключаюсь, проваливаюсь в сон». Таким же внезапным может быть пробуждение. Весьма часто засыпание сопровождается различными другими нарушениями: миоклоническими вздрагиваниями, необычными телесными ощущениями, обманами восприятия, чувством увеличения или уменьшения в размерах тела и отдельных его частей, дисфорическими сдвигами настроения, раскачиванием тела, стереотипными движениями головы, зубным скрежетом (бруксизмом), необычными позами, вскакиваниями.

Искажение формулы сна. Повышенная сонливость днем сочетается с утратой потребности во сне и бессонницей ночью. Формула сна может быть сдвинута: засыпание глубокой ночью сопровождается поздним пробуждением от сна. Циклы сон — бодрствование могут быть удлинены или укорочены так, что пациент «не вписывается» в естественный ритм смены дня и ночи.

Недержание сна. На фоне нарушения нормального суточного ритма сна наблюдаются частые (через каждые 2—3 часа) и непродолжительные (от 30 минут до 1 часа) погружения в сон. Наблюдается у стариков.

Утрата чувства сна. Пробудившись от сна, больные не осознают, что спали: «Сновидения были, а не спала...» «Не спал, хотя, говорят, похрапывал...» «Кажется, не спала вовсе: только закрыла глаза и тут же открыла их...». Такой сон не приносит обычно чувства отдыха и бодрости.

Изменения глубины сна. Сон может быть поверхностным, с частыми пробуждениями, неполным отключением от происходящего: «Сплю, вижу сон и одновременно слышу, что

делается вокруг... Сплю и слышу свой собственный храп...». Некоторые больные утверждают, что перестали спать, как прежде, и им приходится довольствоваться лишь полудремотными состояниями: «Тело спит, а голова, кажется, вообще не отключается...». Сон, напротив, может быть чрезвычайно глубоким, «одуряюще тяжелым», профундосомния. Часто при этом не появляется обычного чувства засыпания, больные как бы «проваливаются в сон, как в глубокую яму». Нет и нормального чувства пробуждения. «Такое чувство, что не проснулся, а очнулся от беспамятства». Такой сон также не приносит облегчения и свежести, даже при достаточной его длительности.

Паралич сна (катаплектоидное состояние, катаплексия пробуждения, каталептико-галлюцинаторный синдром). Состояние частичного пробуждения от сна. Проснувшись и понимая это, больные некоторое время испытывают тяжелое чувство скованности, оцепенения и совершенно не владеют телом: не могут встать, шевельнуться, открыть глаза, крикнуть. Одновременно с этим возникает сердцебиение, гипергидроз, иногда страх, тактильные, слуховые и зрительные галлюцинации. Некоторые больные в этот момент как будто осознают, что все это происходит во сне. Длительность указанных состояний не превышает нескольких секунд, однако в сознании больных она переживается значительно большей. Нередко появляется страх повторения подобных состояний. Скованность иногда охватывает лишь отдельные группы мышц, например, жевательных, проявляясь тризмом после пробуждения. Проснувшись, пациент некоторое время не может открыть рот, что-нибудь сказать, зубы в это время стиснуты.

Ониризм. Расстройство сознания, появление которого связано с нарушением сна и приурочено к полудремотным состояниям. При засыпании возникает наплыв ярких зрительных галлюцинаций фантастического содержания и последовательной сменой одной ситуации другой — гипнагогический ониризм (Снежневский, 1941). Из аффективных расстройств преобладают удивление, боязливое восхищение. Постоянно наблюдается дезориентировка в окружающем. В дальнейшем гипнагогический ониризм может смениться состояниями ориентированного и полного ониризма. В период ориентированного ониризма сценopodobные обманы восприятия (галлюцинации и псевдогаллюцинации) фантастического содержания переплетаются с иллюзорным или адекватным восприятием окружающей обстановки. В состоянии полного ониризма наблюдается отрешенность от действительности, содержание сознания всецело определяется фантастическими переживаниями. Наблюдаются ступорозные и

субступорозные состояния. Аутопсихическая ориентировка не нарушается. Продолжительность эпизодов ониризма невелика — до двух, трех суток. Чаще всего ониризм наблюдается при интоксикационных (алкогольных) и симптоматических психозах. Выделяется не всеми.

Просоночные состояния (состояния опьянения сном). Неполное пробуждение, при котором под впечатлением продолжающихся оставаться актуальными сновидений автоматически совершаются различные, иногда опасные для окружающих действия, не оставляющие впоследствии воспоминаний.

Снохождения (лунатизм, сомнамбулизм). Чаще имеют невротический характер, как и снововорение. Значительно реже являются симптомом эпилепсии. Наблюдается в третьей, четвертой стадиях глубокого сна (как и паралич сна, снохождения относятся к диссоциированным нарушениям сна.)

Невротическое снохождение (реже конституциональное, а также связанное с органическим поражением головного мозга — черепно-мозговая травма, нейроинфекции) могут сочетаться с другими парасомниями: ночными страхами и энурезом, сомнилоквией (гипническими приступами) — катаплексией и нарколепсией. Ночные страхи детей большей частью имеют невротическую природу и обусловлены пугающими сновидениями, воспоминаниями, фантазиями на тему острых дневных впечатлений — фильмы ужасов, сказки, нападения животных и т. д. Реже страхи во сне и перед засыпанием имеют бредово-галлюцинаторный характер, что может быть установлено расспросом. Наблюдаются также протопатические, обычно не сохраняющиеся в памяти страхи неясной природы, а кроме того эпизоды сумеречного помрачения сознания со страхом. Парасомнический энурез, в отличие от эпилептического, не сопровождается тоническими судорогами (или они кратки и сочетаются с общим непродолжительным беспокойством), нередко перед упусканьем мочи бывает тахикардия и эрекция, а также сновидения соответствующего содержания (ребенку снится, к примеру, что он находится в туалете). Без ЭЭГ-исследования разграничение эпилептических и парасомнических феноменов может стать проблематичным. Кроме хождений и говорений во сне часто бывают вздрагивания, крики, вскакивания, размахивания руками, разные движения ногами, раскачивание головы, вставание на четвереньки и др. Некоторые действия оставляют у пациентов тяжелое впечатление. Так, больной с беспокойством сообщил, что просыпается в тот момент, когда его рука сдавливает

собственное горло. Встречается «сон с открытыми глазами».

Ночные ужасы — эпизоды панического страха с криком, возбуждением, неузнаванием обстановки и окружающих. Приурочены к периоду медленноволнового сна (третья, четвертая стадии). Воспоминаний обычно не сохраняется, по окончании эпизода пациент почти сразу же засыпает.

Кошмары — мучительные сновидения, возникающие во время парадоксального сна. Благодаря своей эмоциональной окраске запоминаются лучше, чем другие сновидения. Психологически связаны с проблемами, которые пациент испытывает наяву часто встречаются при нарушениях настроения, депрессии.

Синдром скоропостижной смерти (смерти в колыбели) — внезапная смерть здоровых детей во сне в возрасте до 1 года. Причины неизвестны. Предполагают, что это нелюбимые дети, матери которых курят. Возможно, смерть связана с функциональной недостаточностью дыхательных центров.

Волчий сон — редкие случаи абсолютной бессонницы в течение многих лет. По данным ЭЭГ, эти люди спят частыми, но очень короткими порциями, незамечаемыми пациентами и окружающими.

Во время сна, при пробуждении могут возникать разнообразные психопатологические феномены: страхи, обманы восприятия, нарушения схемы тела, расстройства пространственной ориентировки, явления психической анестезии, деперсонализации, бредовые идеи. При маскированной депрессии, например, часто наблюдается «феномен беспокойных ног» — чувство онемения той или иной части тела, парестезии, которые вскоре проходят, если больные начинают разминать, массировать соответствующий участок тела. Во время сна могут возникать также судорожные припадки. При так называемой ночной эпилепсии судорожные пароксизмы наблюдаются только во время сна. Иногда продуктивная симптоматика возникает преимущественно во сне, а в дневное время ее нет.

Сновидения. При психических заболеваниях обычно наблюдается учащение сновидений, изменение их содержания и интенсивности. Нередко констатируется появление необычно ярких, сценopodobных и даже цветных снов. Реже отмечается утрата сновидений, несвойственная им ранее блеклость. Содержание сновидений может быть связано с болезненными переживаниями периода бодрствования. Иногда в сновидениях получают отображение еще не оформленные симптомы заболевания. Так, при

алкоголизме накануне рецидива влечения к алкоголю появляются сновидения «питейного содержания» (Газин, 1952). Наступлению делириозного помрачения сознания нередко предшествуют кошмарные сновидения. Тягостные сновидения наблюдаются у депрессивных больных. Как правило, такие сновидения характеризуются хаотической и незапоминающейся сменой образов. Могут возникать стереотипно повторяющиеся сновидения. В части случаев это связано, по-видимому, с тем, что в действительности вновь увиденный сон воспринимается с чувством, что он был уже несколько раз раньше. Иногда прерванные сновидения при погружении в сон возобновляются с места остановки и продолжаются далее — «серийные сны». Наблюдаются «сделанные сны», а также насильственное «отнятие» сновидений. В сновидениях могут отражаться обстоятельства психических травм, как недавних, так и давно минувших. Так, у старых фронтовиков в сновидениях с необычайной яркостью оживают воспоминания о наиболее тяжелых эпизодах военной жизни. У больных старческого возраста содержанием сновидений могут быть события и впечатления детских лет. Наблюдаются гипнагогические сновидения: видится сон и одновременно с этим понимается, что это сновидение. Некоторые больные сообщают, что испытывают чувство, будто им «снился, что видится сон». В это время они даже пытаются позвать кого-нибудь помочь им проснуться. В самоощущениях периода сна больные чаще воспринимают себя совершенно здоровыми, без проявлений актуальных симптомов заболевания. Отношение к содержанию сновидений большей частью остается адекватным. Встречаются, однако, больные, приписывающие снам пророческое значение. В связи с этим сновидения могут оказывать неизгладимое впечатление, значительно более глубокое, чем реальные события. Убежденность в существовании пророческих снов — отзвук древней веры в реализм сновидений. Нередко, однако, эта убежденность бывает связана с феноменом уже виденного — реальные события воспринимаются как повторение увиденного ранее во сне. Так, пациентка утверждает, что в течение последних двух лет она стала обладательницей дара пророчества. По ее сообщениям, во сне она постоянно видит двух женщин, рассказывающих о смысле происшедшего или того, что случится в будущем. Позже, наяву, когда что-то происходит, она вдруг вспоминает, что об этом уже слышала от голосов во сне, знала, что все это будет. Иногда больные рассматривают сновидения в качестве своеобразного эквивалента действительности, одновременно с этим понимая, что все происходило во сне. Такого рода опредмечивание сновидений является, очевидно, одним из проявлений патологии самосознания — сновидение воспринимается как реальность, а не как факт внутренней жизни. Наверное, тут можно говорить о галлюцинаторных сновидениях. У некоторых

пациентов симптоматика заболевания (деперсонализация, обманы восприятия, страхи и т. д.) проявляется во время сна.

ГЛАВА 15. ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СИНДРОМ

Психопатология.

Часть II

В.А. Жмуров

Представляет собой совокупность симптомов, обусловленных нарушениями механизмов вегетативной регуляции. Перечень симптомов достаточно внушителен, но наиболее часто встречаются колебания артериального давления, частоты пульса и дыхания, нарушения терморегуляции (субфебрилитет, понижение температуры тела), тошнота, рвота, запоры, диаррея, задержка мочеиспускания, гипергидроз, сухость во рту, гиперсаливация, слезливость, мидриаз, экзофтальм, мышечного тонуса. Нередко пациенты жалуются на удушье, чувство стесненного дыхания, ощущения нехватки, воздуха, нарушения сердечного ритма. Их беспокойство бывает связано также с чувством тяжести в эпигастральной области, ощущением переполнения желудка, метеоризмом, отрыжкой.

Вегетативные расстройства могут быть перманентными, но часто, особенно в начале заболевания, возникают по типу пароксизмов, длящихся до двух, трех часов и более. Клиническая структура психовегетативного синдрома может отражать преобладание симпатического тонуса (тахикардия, склонность к артериальной гипертензии, атонические запоры, мидриаз, экзофтальм, субфебрилитет, сухость во рту, гипергидроз) — феномен эрготрофической настройки. В других случаях доминирует вагоинсулярная иннервация: тошнота, рвота, жидкий и учащенный стул, учащенный диурез, артериальная гипотензия, гиперсаливация, гипотермия, брадикардия, ощущение удушья — феномен трофотрофической настройки. Нередко встречаются смешанные — амфитонические состояния.

В детской психопатологии употребляется термин невропатический синдром, под которым понимают не только вегетативные расстройства, но также нарушения общей активности, сна, настроения, физического развития (гипотрофию). Невропатический синдром у детей в возрасте 2—3 лет может проявляться аффектреспираторными приступами. Дети, по рассказам родственников, «закатываются», «заходятся». Во время плача происходит спазм мышц гортани, остановка дыхания, асфиксия. Кожные покровы синеют, сознание затемняется, развиваются тонические судороги. Катамнез детей с аффективно-респираторными судорогами, а также фебрильными припадками свидетельствует о том, что у значительной части пациентов впоследствии наблюдается эпилепсия. Невропатический синдром считается типичным для детей в

возрасте до трех лет, страдающих различными заболеваниями.

Психовегетативный синдром — неспецифическое нарушение. Встречается при всех психических заболеваниях, на ранних этапах развития может быть основным их проявлением.

ГЛАВА 16. ПРИЗНАКИ ДИССОЦИАЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Психопатология.

Часть II

В.А. Жмуров

Диссоциация психической деятельности, расщепление психики, шизис, утрата внутреннего психического единства, дискордантность, интрапсихическая атаксия, аутизм, разлаженность, нарушения координации психических процессов — эти и другие названия широко используются для обозначения патогностических признаков, свойственных психической деятельности больных шизофренией. На это указывает, в частности, и сам термин «шизофрения», акцептированный различными школами в психиатрии, несмотря на существующие отличия в подходах по другим проблемам данного заболевания. Явления психического расщепления, выражаясь отдельными симптомами, но еще в большей степени своеобразием окраски многих неспецифических симптомов и синдромов, имеют весьма существенное диагностическое значение. Вероятно, именно они порождают у наблюдателя трудно формируемое впечатление о больных, обозначаемое некоторыми исследователями как «чувство шизофрении». Разумеется, интуитивное восприятие едва ли может считаться серьезным доводом при обосновании столь ответственного диагноза. Задача врача состоит, таким образом, в том, чтобы подвергнуть тщательному анализу клинические явления и аргументированно подтвердить либо отвергнуть факты психического расщепления, не ограничиваясь субъективным впечатлением, возникшим в ходе обследования больного.

В явлениях психической диссоциации со значительной долей условности можно разграничить два плана: внешний, выражающийся в нарушениях контактов с действительностью, — аутизм, и внутренний, проявляющийся особой структурой субъективных переживаний больного, их внутренней несогласованностью — интрапсихическая атаксия или расщепление психики, утрата координации психических процессов.

Аутизм. Оторванность от конкретной действительности, отгороженность от внешнего мира, обнаруживающаяся в сфере контактов с окружающими, в игнорировании объективных требований к своему поведению, разлаженности аффективных реакций и в отходе от реалистической

ориентации мыслительной деятельности. Проявления аутизма многообразны, во внешних чертах противоречивы, но все они объединяются одной общей особенностью — утратой единства личности с внешним миром. Базисной характеристикой аутизма является, по-видимому, интровертированная установка, признаки которой могут быть выявлены уже в первые годы жизни ребенка. Это выражается недоверием к окружающему, чрезмерной осторожностью, боязливостью, страхом всего нового и непривычного, медленным формированием привязанности и чувства собственности, отсутствием свойственной детям открытости и непосредственности. Указанные особенности сохраняются в последующие годы. Заболевание лишь способствует усилению интроверсии, обнажая разные аспекты этого качества личности.

Далее, к числу постоянных проявлений аутизма относится также аффективная блокада — отчужденность от окружающих, утрата потребности в общении или ограничение симпатий и личных привязанностей избирательным кругом лиц. Больные замкнуты, не стремятся к живому общению или активно его избегают, не тяготеют к одиночеству, отдаленностью от людей. Контакты осуществляются не в силу естественной потребности в человеческом общении, а «по необходимости, по мере надобности», из рационалистических побуждений, обычно по каким-либо конкретным деловым вопросам, решение которых зависит от окружающих.

Внешне больные могут выглядеть достаточно контактными, порою весьма непринужденно и раскованно чувствующими себя в группе или даже назойливыми. Но и в данном случае коммуникабельность не вытекает из непосредственных аффективных побуждений. Результаты общения не доставляют удовлетворения, а формирующиеся связи непрочны, легко и без сожаления обрываются. — «Даже среди людей я чувствую, что остаюсь наедине с собой».

Снижение эмоциональной откликаемости и нарастающая обособленность получает отчетливое клиническое звучание не только в общении, но также в своеобразии речи и различных внешних деталях поведения больных.

Речь постепенно теряет форму диалога, все более приближаясь к монологу, строится без учета реакции собеседника и требований ситуации. Как правило, она лишена выразительности, образности, сочных аффективных модуляций, живых разговорных приемов, которыми привлекается внимание собеседника или поддерживается его интерес к обсуждаемой теме, логических акцентов, способствующих взаимопониманию, отличается литературной

правильностью, неуместной высокопарностью либо канцелярской сухостью. Многие больные не чувствуют юмора, иронии и по этой причине слынут «серьезными людьми», не понимают общепринятого смысла идиоматических оборотов речи и редко включают их в свой лексикон. Не воспринимают и не используют бытующие в той или иной среде шутки, остроты, жаргонные выражения — все то, что общительные натуры впитывают в себя, как губка, с самого детства.

Заслуживает упоминания и тот факт, что часто больные не понимают и не могут уверенно сказать, общительны ли они. Вот несколько характерных ответов: «Общительный? Как понять? С друзьями или как? С семьей, на работе или общественный? Шутливый, что ли? Нет, не понимаю это слово... Да, на работе, в коллективе общительный... Могу поддерживать разговор... Занимаюсь общественной работой, выходит, общительный... Да, юмор мне понятен, если он не относится к серьезным вопросам... Могу заговорить с человеком, даже незнакомым... Да, разговорчив...». Понятия потребность в общении и коммуникативные навыки большей частью не различаются.

Сообщения больных о близких людях нередко формальны, не дают полного представления об их личностных качествах, лишены теплоты, сочувствия, живого участия в их судьбе: «Мать на разных работах работает, отец — флегматичный, не пьет... Отец разговорчивый, тоже рабочий, мать — женщина энергичная, строгая... Отец непьющий, был фонарщиком, тоже любил шутить, а мать — домохозяйка... Мать? Что мать, у нее своя жизнь, у меня — своя...».

Аутизм нередко обнаруживается странностями в поведении. Неадекватность, колеблющаяся в диапазоне от некоторой развязности и бесцеремонности до явно нелепого поведения, может быть связана с утратой чувства дистанции, непониманием своей роли в конкретной ситуации или неспособностью вообще принимать ее в расчет. Весьма характерна ролевая несостоятельность — непонимание той роли, которая была бы уместной в данных обстоятельствах. Так, в беседе с врачом больной ведет себя «на дружеской ноге», «на равных» вступает в дискуссии, дает — советы. На обходе справляется о самочувствии врача, позволяет себе игривые, кокетливые нотки, недвусмысленные намеки. Или внезапно может прервать беседу и покинуть кабинет, рассказать некстати пришедшее в голову стихотворение, запеть, прилечь «отдохнуть», раздеться и делать гимнастические упражнения... В строгой или торжественной обстановке больной может вдруг вспомнить и рассказать неприличный анекдот и громко расхохотаться, не обращая внимания на недоумение присутствующих, совершить

эксцентрическую выходку, позволить себе циничное замечание. Подобные эпизоды воспринимаются окружающими как внезапные, неожиданные, поскольку противоречат интеллектуальному уровню больных, их прежнему поведению и не соотнобразуются с ситуацией. Особенно легко и часто такие эпизоды возникают в состоянии алкогольного опьянения. Столь же неожиданны и непредсказуемы импульсивные, большей частью бессмысленные, в ряде случаев небезопасные для больных и окружающих поступки, совершаемые под влиянием случайных мимолетных побуждений, немотивированные эпизоды дурашливости, нелепой клоунады, время от времени возникающие на фоне адекватного в целом поведения.

Другие больные, напротив, держатся строго официально, подчеркнуто сухо и даже личные просьбы выражают врачу в письменной форме. Обычно это наблюдается у больных, аутичное поведение которых обнаруживается в виде ригоризма — ортодоксальной и ригидной приверженности формально безупречным этическим и правовым нормам, особой «правильности, негнувшейся прямо́те, идеальности» в оценках, суждениях, взглядах и поступках, идущих вразрез со складывающимися в реальной жизни обычаями и взаимоотношениями. Любопытная деталь, характеризующая ригоризм, это пренебрежение обычаями наречения именем и склонность придумывать своим детям новые имена, связанные, в частности, с догматами веры и идеологии: Ортомар — ортодоксальный марксист; Даздраперма — да здравствует Первое мая; Ревокат — революция катится и т. д.

Аутичные больные в большинстве своем малодоступны, недостаточно раскрывают свои внутренние переживания, не стремятся быть понятыми, так что почти всегда существует барьер, отделяющий их от собеседника. Нередко встречается, однако, внешне противоположная, но в сущности все та же аутическая особенность поведения — регрессивная синтонность; или аутизм наизнанку, проявляющаяся чрезмерной откровенностью, обнаженностью. Так, больной без всякого принуждения говорит о том, что пьянствует, имеет порочные наклонности, без тени смущения сообщает о подробностях интимной жизни, постыдных эпизодах биографии, раскрывает семейные тайны и др. Столь же выраженной может быть раскрытость пациентов с органически обусловленной регрессией личности (алкогольная деградация, прогрессирующий паралич), но в данном случае наблюдается интеллектуальное снижение, расторможенность влечений, эйфорический фон настроения — явления, не свойственные шизофрении.

Зачастую больные не обращают должного внимания на свой

внешний вид, небрежны, неряшливы и даже неопрятны, сохраняя при этом известную интеллектуальную утонченность и интересы к отвлеченным вопросам, музыке и др. Станным образом духовные стремления уживаются здесь с полным пренебрежением к повседневным потребностям, чего у органических пациентов обычно не наблюдается, и скорее, напротив, в первую очередь разрушается духовное ядро личности. С другой стороны, в одежде, прическе, манерах аутичным пациентам могут быть свойственны несуразность, крикливость, экстравагантность либо утрированная стилизация, выражающие определенные отношения к различным сторонам жизни. Так, больной с шизофренией носит одежду и прическу «русских демократов», ведет себя очень чинно, к врачу относится свысока, в знак протеста к рутине жизни поменял свою фамилию, теперь у него она — «Правда». Тенденция к гротескным невербальным способам коммуникации свойственна, как видно, не только истерическим личностям.

Необычной направленностью отличаются интересы и склонности аутичных пациентов. Как правило, они не определяются конкретными обстоятельствами жизни, образованием, запасом знаний, не согласуются с интеллектуальными возможностями, оторваны от реальности, односторонни, заумны. Это гипертрофированный интерес к мистике, метафизике, иррациональным и эзотерическим построениям, древним, манящим своей загадочностью философским системам, увлечение йогой, спиритизмом, средневековьем, псевдонаучными течениями, паразитирующими на окруженных ореолом таинственности явлениях действительности, и вообще глобальной проблематикой, в то время как насущные и естественные потребности и вопросы оставляются без внимания или в отношении их больные обнаруживают все возрастающую несостоятельность. Это также странные виды коллекционирования, составлению бесчисленных кроссвордов, туристических маршрутов, изобретение особых гимнастических комплексов, диет, приемов закаливания, моделей одежды, вступающих в очевидное противоречие с разумной обеспокоенностью состоянием здоровья. Наконец, это могут быть романтически-восторженное отношение к действительности, неумеренный пафос в изображении обыденных явлений, ничем не оправданный одеревеневший оптимизм, склонность к идеализации, обожанию единственного либо очередного «кумира», иногда с отчетливым оттенком гомосексуализма или кровосмесительства, платоническая влюбленность, мечтательность, оторванная от реальной жизни и др.

Аутистическая ориентация мышления выражается разными

степенями отрыва содержания мыслей больных от действительности и объективных закономерностей реального мира, хотя формальных нарушений мыслительной деятельности при этом может не выявляться. Так, это могут быть мимо-ответы при отсутствии разорванности мышления, возникающие вследствие того, что больной не фиксирует внимания на вопросах врача, отвечая любой из случайно появившихся мыслей. Это также легкость, с какой в рассуждениях и выводах игнорируются очевидные факты, а их место бывает заполнено второстепенными обстоятельствами. Так, в жалобах на самочувствие нередко отражаются побочные, случайные отклонения, в то время как актуальные, реально угрожающие благополучию и будущему, не находят выражения. Например, больной констатирует «подергивание ресниц, слипание ресниц, дрожание пальца...», обеспокоен тем, что «не может спать на правом боку, спит с открытым ртом, плохо спит после приема мяса...». Из спонтанных сообщений такого рода часто вообще невозможно составить ясное представление о собственно болезненных проявлениях. После беседы с врачом больной может спросить, правильно ли он заполнил цифры или сравнил понятия, упуская из виду главное: какие выводы сделал врач о его здоровье.

Аутистические тенденции мышления обнаруживаются в повышенной готовности признать обоснованность достаточно невероятных или даже абсурдных утверждений, в неспособности провести четкую грань между желаемым и действительным, воображаемым и реальным. Шизоидной личности вообще свойственно видеть действительность через призму своих надуманных схем или безжизненных представлений, а если обнаруживаются при этом какие-то противоречия, то сомнения разрешаются далеко не в пользу реальности. Склонность к фантазированию и неспособность выходить за рамки фантазий различного, особенно концептуального типа, нужно признать одной из наиболее характерных черт аутизма. Плоды фантазии и отображение реальных явлений могут сосуществовать бок о бок, несмотря на их логическую несовместимость, либо первые на некоторое время получают перевес и доминируют в психической деятельности. Последнее наблюдается, в частности, у подростков, при бредоподобном фантазировании. Таким же образом у больных детей возникают явления перевоплощения, когда фантастические представления о себе определяют содержание самосознания и поведение: ребенок «заигрывается» и длительное время ведет себя как персонаж сказки, герой придуманной истории или какое-нибудь животное. По выходе из психотического состояния, содержание переживаний которого оказалось весьма далеким от действительности, аутичный больной зрелого возраста не может дать им реалистическую оценку, срастается с ними и долгое время считает их происходившими на самом деле,

даже если они утратили для него прежнюю актуальность. Крайняя степень выраженности аутистической направленности мышления выражается в полном игнорировании законов действительности и логики, а также в том, что любая мысль становится эквивалентной реальности, несмотря на ее очевидное несоответствие с фактами. Аффективные реакции аутичных больных большей частью неадекватны, парадоксальны, поскольку возникают по поводу каких-то побочных, второстепенных обстоятельств, а не главного содержания происходящего, либо качественно извращены и прямо противоположны естественным в данной конкретной ситуации — паратимия. Так, больной протестует против запрета на курение в палате, возмущен сокращением времени пребывания на прогулке, нерациональным, по его мнению, кормлением, но остается равнодушным к факту госпитализации, оформления инвалидности, диагностики тяжелого заболевания. С другой стороны, его могут волновать чересчур общие проблемы, например, «страх войны, охрана окружающей среды, будущее человечества, голода в развивающихся странах» и все это в то время, когда поставлена на карту его собственная судьба и он потерял едва ли не все созданное долгим трудом прежних лет. Может наблюдаться необычайная легкость в смене настроения, свидетельствующая об отсутствии цельной аффективной установки, — утрата логики чувств. Настроение при этом колеблется чуть ли не поминутно так, что бывает невозможно определить, какое оно вообще. Эмоциональные реакции нередко лишены яркости, выразительности, характеризуются монотонностью, единообразием. Иногда субъективно достаточно живые аффективные отклики не получают выражения вовне, скрываясь за внешней индифферентностью. Экспрессивные акты в других случаях могут возникать как бы самостоятельно, без сопровождения соответствующих эмоциональных переживаний: «Слезы идут сами по себе, а в душе — не плачу». Таким же качеством обладают псевдоаффективные реакции гнева, страха, ликования и др., за которыми не скрывается адекватного аффективного содержания. Существенной клинической особенностью аутичных больных является недостаток эмпатии — способности к сопереживанию, к непосредственному отклику на чувства других людей, что способствует усилению диссонанса между душевным состоянием больных и настроением окружающих.

Интрапсихическая атаксия. Утрата внутреннего психического единства, внутренняя противоречивость, мозаичность, разлаженность психических процессов, проявляющаяся несогласованностью душевных актов либо одновременным возникновением взаимоисключающих мыслей, эмоций, поступков. Данная особенность касается как дефицитарных,

так и продуктивных психопатологических феноменов. Граница, разделяющая явления интрапсихической атаксии и объективные проявления психической диссоциации, может быть проведена условно, поскольку речь идет практически об одном и том же.

К числу достаточно ярких проявлений распада внутреннего психического единства следует отнести расстройства мыслительной деятельности в виде неясного мышления, характеризующегося недостаточной целенаправленностью и ослаблением логических связей между отдельными мыслями и выражающими их фразами; разрозненности или атаксии мышления с полной утратой логических связей между понятиями, шизофазией и мимоговорением; амбивалентности мышления в виде одновременного возникновения мыслей взаимоисключающего содержания; двойного потока мышления, когда наряду с целенаправленно протекающими одновременно возникают вторжения «параллельных», «пересекающихся», чуждых личности мыслей либо больной ведет диалог с кем-либо из реальных лиц и в то же время «мысленно разговаривает с голосами» или ему «думается» о чем-то совершенно не относящемся к теме беседы. Резонерство, формализм, разноплановость, многоплановость, соскальзывания мышления, в которых фиксируются чересчур общие либо латентные признаки явлений, а действительно актуальные отодвигаются на периферию и постепенно теряют смысл, являются по существу выражением дискордантности мыслительной деятельности, утраты в ней интегративного начала.

Среди нарушений эмоциональной сферы несомненные признаки расщепления обнаруживают состояния растерянности, сопровождающиеся аффектом недоумения, смятением чувств, распадом мышления; аффективная амбивалентность, для которой характерно сосуществование полярного эмоционального отношения к одному и тому же объекту, например, любви и ненависти одновременно. Качество расщепления присуще также сочетанию аффективной тупости и эмоциональной гиперестезии, безразличия и тонкой чувствительности — «сплаву дерева и стекла». Дискордантность обнаруживается и в том, что эмоциональные проявления в разных ситуациях могут быть совершенно различными: «В школе я послушная, примерная, веселая, а дома — грубая, упрямая, ленивая и злая...». Иногда больные называют это «раздвоением личности». Могут наблюдаться резкие, и недостаточно обоснованные, переходы от утрированно подобострастного, сдержанно холодного или жеманно-кокетливого поведения к развязности, недоверчивости, подозрительности, агрессивности. Яркий признак расщепления — парамимия — несогласованность

душевного состояния и выразительных актов.

Нередко встречаются несоответствие содержания мыслей и высказываний господствующему аффекту — собственно интрапсихическая атаксия. Так, больные с маниакальным¹ аффектом могут высказывать суицидальные мысли, ипохондрические идеи, бредовые идеи преследования или обнаруживать разоблачительные и сутяжные установки. Нами наблюдался больной, который в маниакальном состоянии все свободное время проводил на кладбище, ухаживая там за могилами. Встречаются мании со ступором, идеаторным торможением вместо типичных в таких случаях психомоторного возбуждения и ускорения течения ассоциаций. Иногда отсутствует свойственная мании отвлекаемость внимания, появляется тенденция к фиксации внимания на узком круге представлений, к образованию сверхценных переживаний. Так, у одного из наблюдавшихся нами больного рекуррентной шизофренией во время маниакальных приступов всякий раз в стереотипной форме возникали сверхценные идеи ипохондрии здоровья; в начале фазы он начинал в большом количестве поглощать томатный сок, «насыщая организм витаминами». Могут встречаться маниакальные состояния с сенестопатиями, явлениями болезненного бесчувствия — расстройствами, значительно чаще наблюдавшимися при депрессии. Депрессивные состояния могут не сопровождаться признаками идеаторного и психомоторного торможения, чувством вины, самобичеванием, угрызениями совести, сенситивными идеями депрессивного содержания. Напротив, выявляются неприязненное, враждебное отношение к окружающим, злорадство при виде чужого страдания, желание делать «все назло, навред», причинять близким боль. Возникающие галлюцинации, бред не всегда сочетаются с адекватными аффективными реакциями, угрожающие «голоса» не вызывают естественного эмоционального отклика, «страшные видения» не сопровождаются страхом и т. п. Все это позволяет предполагать, что уровни расщепления могут быть разными, затрагивать различные инстанции личности, включая самые глубокие, биологические.

Признаки дискордантности могут быть обнаружены также в структуре некоторых сенсорных нарушений. Так, в явлениях аутометаморфопсии одновременно возникают симптомы макро- и микросомии («голова кажется увеличенной, а тело — уменьшенным...»), метаморфопсии — макро- и микропсии. В нарушениях коэнестезии нередко встречаются полярные сочетания болей и чувства потери ощущений, тяжести и легкости частей тела, сенсорной гипо- и гиперестезии. — «Справа в голове боли, а слева — онемение...». Феномены расщепления восприятия и нарушение способности к синтезу

ощущений различной модальности также могут служить иллюстрацией психического расщепления, касающегося в данном случае физиологических механизмов обеспечения единства личности. Значительно чаще диссоциация выявляется в галлюцинаторных и бредовых расстройствах.

Так, наблюдаются контрастирующие галлюцинации, содержанием которых являются диаметрально противоположные императивные или констатирующие обманы слуха, возникающие одновременно. Близко к ним примыкают «голоса» в виде диалога, резко расходящиеся в оценке личности больного. Могут возникать поливокальные вербальные галлюцинации, не объединенные общностью содержания, когда различные «голоса» говорят на совершенно разные, не связанные между собой темы. Одновременно могут восприниматься «голоса» на отдалении и звучащие «в голове», причем их содержание не совпадает, а иногда бывает прямо противоположным: «внешние» ругают, а «внутренние» — хвалят, первые говорят нелепости, вторые — разумные вещи. Встречаются «носительство» голосов с характерной при этом оторванностью их от личности: «Голоса — сами по себе, а я — сам по себе... Голоса говорят между собой, а я их подслушиваю... Голоса удивляются, что я их слышу...». Иногда голоса требуют от больного «через его мысли» сообщать им все, о чем он разговаривает с окружающими, так как «иначе они слышать не могут».

В бредовых расстройствах явления диссоциации могут обнаруживаться в том, что одновременно возникают идеи противоположного содержания, например, бред воздействия гипнозом и бред обладания гипнозом, бред бессмертия и нигилистический бред. Фабула манихейского бреда определенно указывает на факт внутреннего расщепления. Могут одновременно возникать различные бредовые идеи, совершенно не связанные между собой по содержанию. Иногда отсутствует связь между содержанием вербальных галлюцинаций и фабулой бреда, оба эти феномена существуют как бы независимо один от другого. Очевидным свидетельством аутистической природы бредовых переживаний является оторванность их содержания от реальности, эксцентричность, вычурность, непонятность, внутренняя противоречивость, а также включение в фабулу персекуторных идей близких лиц. Встречаются случаи «двойной бухгалтерии», когда одновременно с бредовой дается правильная оценка происходящему, сохраняется известная степень адекватного отражения действительности. Иногда больные становятся «носителями» бреда, как это имеет место при его инкапсуляции: бредовые идеи в данном случае не оказывают заметного влияния на поведение, хотя и сохраняют актуальность для больных. В явлениях

психического автоматизма наблюдается нередкое сочетание полярных феноменов, например, ментизма и шперрунгов, насильственного говорения и блокады речи и т. д.

В двигательной сфере также могут сосуществовать полярные психопатологические феномены: явления адинамии и импульсивности, взаимоисключающие побуждения к деятельности, признаки кататонического ступора и возбуждения и др. Нередко наблюдается сочетание общего моторного недоразвития с избирательным развитием корковой моторики и даже моторной одаренности, способностями к сложным видам ручной деятельности.

Признаки дискордантности могут быть выявлены также в нарушениях сознания, самосознания, критических функций, самооценки. Так, встречается феномен двойной ориентировки в окружающем — правильной и одновременно с этим бредовой или иллюзорно-фантастической. Могут сосуществовать адекватная и бредовая ориентировка в собственной личности. Больные могут безошибочно назвать дату происходящего в данный момент и наряду с этим считать, что идет другой год или столетие, локализовать себя как бы в двух измерениях времени. На явления расщепления указывают феномены раздвоения личности, чувство утраты единства тела, воспринимаемого как состоящего из отдельных несвязанных частей. Очевидным симптомом расщепления является переживание отчуждения от собственной личности, насильственности протекающих психических процессов. Нередко наблюдается двойственное отношение к факту заболевания — сочетание нозогнозии и анозогнозии. Больной может признать патологический характер галлюцинаций и бреда, но наряду с этим считать их содержание, отражающим действительность, реальными фактами. Или не согласиться с тем, что болен и не протестовать против пребывания в стационаре и проводимого лечения. Он может также считать себя неизлечимо больным, но в то же время строить далеко идущие планы на будущее, обнаруживать повышенную самооценку и идеи самоумаления одновременно.

Завершая этот, по-видимому, далеко не полный «каталог» признаков психической диссоциации, необходимо подчеркнуть, что факт их выявления отнюдь не доказывает автоматического диагноза шизофрении. Действительно, бредовые идеи, в сущности всегда связанные с аутистическими механизмами, на что указывал Е. Блейлер, могут возникать при многих других заболеваниях. Отгороженность, интравертированность, малая доступность больных, диссоциация аффективных, выразительных, идеаторных актов, явления деперсонализации, включая раздвоение личности, другие признаки дискордантности

могут встречаться при целом ряде заболеваний, в том числе при органических поражениях центральной нервной системы, придавая им «шизофреноподобную» окраску. Они могут иметь место при некоторых интоксикациях, в частности, в структуре гашишного опьянения. Известно, далее, что у 12 % больных хореей Гентингтона в начале болезни наблюдается шизофреноподобное поведение. Иногда задолго до развития сенильной деменции возникают психотические состояния с шизофреноподобной симптоматикой — факт, послуживший основой для формулирования гипотезы о родственных отношениях, существующих между шизофренией и абiotрофическими процессами. Яркие проявления раздвоения описаны у больных, в свое время подвергшихся операции рассечения мозолистого тела. Упомянутые и подобные им факты трудны для однозначной их оценки только в контексте шизофрении, либо ей противоречат. Несомненно, что именно при шизофрении явления дискордантности обнаруживаются с наибольшей частотой, достаточной полнотой и постоянством и могут быть прослежены на всех этапах течения болезни. При других заболеваниях личность в большинстве случаев сохраняет цельность, внутреннее единство, как в проявлениях болезни, так и в отношении к ней, а также к реальностям и ценностям внешнего мира. Шизофреноподобная окраска клинических проявлений может быть при этом связана с различными причинами. В качестве одной из них можно назвать сочетание какого-либо заболевания (реактивного, интоксикационного, соматогенного, экзогенно-органического) с латентной, протекающей на субклиническом уровне шизофренией. В других случаях речь может идти о сочетании с малопрогрессирующей, проявляющейся неврозоподобными и психопатоподобными расстройствами шизофренией. Вполне реальной причиной, объясняющей шизофреноподобное качество возникающих психических расстройств, может быть формирование заболевания на фоне конституциональных особенностей личности, характеризующихся наличием аутистических черт (на это, в частности, могут указывать факты накопления аномальных реакций на ЛДС у родственников пробандов, страдающих шизофренией). Определенное значение имеют особенности экзогенной вредности, как это отмечалось на примере гашишного опьянения. По-видимому, нельзя полностью исключать возможность влияния некоторых генетических факторов (аутосомно-доминантный ген хорее Гентингтона, накопление среди больных шизофренией случаев трисомии X), а также воздействия условий среды, например, воспитания в семьях больных шизофренией.

Необходимо также отметить, что строго научного, общепринятого определения критериев дискордантности

психической деятельности, по-видимому, не существует. Это понятие отличается некоторой расплывчатостью и является скорее клинико-описательным, а его применение — условным. В связи с этим следовало бы считать наличие признаков диссоциации весьма существенным, но имеющим диагностическое значение при шизофрении лишь в сочетании с другими характерными симптомами и особенностями течения заболевания.

ГЛАВА 17. СИНДРОМЫ ЗАВИСИМОСТИ

Психопатология.

Часть II

В.А. Жмуров

Синдромы зависимости описаны в настоящем разделе книги по той причине, что их место в систематике психопатологических синдромов остается неопределенным. Выделение синдромов зависимости носит скорее условный, клинико-описательный характер. Кроме того, здесь выявляются болезненные феномены столь разного происхождения (токсического, органического, социального, конституционального), что клинико-патогенетическая их оценка представляется делом будущего.

Синдромы зависимости составляют ядро клинических проявлений алкогольной и неалкогольной форм наркомании (морфинизм, барбитуромания, гашишизм), токсикомании (бензиновой и др.), лекарственной зависимости (пристрастия к психотропным препаратам), выражая различные степени пристрастия и привыкания к широкому кругу токсических веществ и лекарственных препаратов, обладающих психоделическими свойствами. В главных чертах симптоматика упомянутых заболеваний во многом совпадает, значительное сходство обнаруживается также в их динамике. В повседневной клинической практике наиболее часто встречается алкогольная зависимость — алкоголизм. По этой причине именно его проявления положены в основу данного описания. Существуют реальные перспективы того, что алкоголизм в ближайшие годы окажется вытесненным наркоманией в классических и новых, более агрессивных ее проявлениях.

Различают следующие виды синдромов зависимости: психическую, физическую и синдром измененной реактивности.

Психическая зависимость. Патологическое влечение к опьянению, преследующее цель устранить чувство психического дискомфорта. Например, с целью переживания субъективно приятных нарушений психической деятельности, то есть эйфории. На первый план могут выдвигаться иные эффекты опьянения, имеющие для пациента наибольшую

ценность: релаксация, устранение тревоги, подавленности, преодоление неуверенности, повышение активности, обострение воображения, улучшение коммуникаций и др.

В качестве исходных, способствующих развитию психической зависимости факторов рассматриваются преморбидные личностные аномалии. Это, во-первых, незрелость личности, проявляющаяся интолерантностью к состоянию фрустрации, склонностью искать защиту и поддержку у окружающих или, по терминологии психоаналитически ориентированных психиатров, «оральной фиксацией»; недостаточностью положительной социальной мотивации, быстрым наступлением пресыщения в ходе деятельности, неспособностью принимать обдуманное, рациональное решение, несоответствием уровня притязаний действительным возможностям, повышенной внушаемостью и др. Фактически речь идет о невротической личности со свойственными ей внутренней противоречивостью, стагнацией, защитами, эгоцентризмом, ориентацией на субъективные личные ценности. Во-вторых, это наличие конституционально либо органически обусловленного психопатического склада и акцентуации личности с астеническими, эксплозивными, истерическими, неустойчивыми и аутистическими чертами характера, препятствующими адекватной социальной адаптации, что, в свою очередь, порождает конфликтные ситуации, создает предпосылки к неконтролируемым аффективным реакциям, является причиной длительных состояний психоэмоционального напряжения. В формировании психической зависимости существенное значение имеют нервные перегрузки, служебные и творческие неудачи, неудовлетворенность в личной жизни, одиночество и лишения, утраты, отсутствие условий для реализации жизненно важных целей и др. Немаловажная роль отводится достаточно широко распространенным в обществе формам отношения к употреблению алкоголя и наркотиков: упрочившиеся традиции неумеренности, атмосфера снисходительности и терпимости, явное и скрытое поощрение, прямое психологическое давление, распространение сведений о необыкновенной привлекательности опьянения и элитарности лиц, понимающих это; доступность опьяняющих веществ, реклама и др. Нельзя не упомянуть и о роли неглубоких аутохтонных сдвигов настроения, замаскированных токсикоманическими проявлениями, что встречается, вероятно, не столь уж редко.

Первым и основным звеном становления психической зависимости является видоизменение клинической картины опьянения, наступающее некоторое время спустя после первого контакта с токсическим веществом и выражающееся формированием эйфории. С этого момента возникает желание вновь повторить это состояние, появляется психическое

влечение (Морозов, Боголепов, 1984). Следует все же отметить, что психические нарушения в опьянении далеко не исчерпываются собственно эйфорией, понимаемой как состояние безмятежности, довольства и отрешенности от реальных проблем. Помимо эйфории в опьянении наблюдаются другие расстройства психики характер которых в первую очередь определяется видом употребляемого токсического вещества (Пятницкая, 1975). Было бы, конечно, упрощением принимать в качестве основной только что описанную модель формирования психического влечения. Она, пожалуй, адекватна для экспериментальных животных, но едва ли подходит человеку, все реакции которого опосредованы его личностью. Эйфория в опьянении наблюдается у большинства здоровых людей, но, к счастью, не все видят в ней ту цель, ради которой готовы принести в жертву все остальное. Пожалуй, наиболее полиморфной является клиническая картина гашишного опьянения. Наряду с подъемом настроения здесь встречаются расстройства схемы тела, метаморфопсия, нарушения восприятия качества цвета, сенсорная гиперестезия, явления телесной анестезии, деперсонализации и дереализации, ментизм, смешливость, болтливость, сменяющаяся затем аффективной индукцией и страхами, дурашливость и др. На высоте опьянения может возникать спутанность сознания, чаще в виде делириозного помрачения с интеллектуальным и двигательным возбуждением, сенестопатическими ощущениями, яркими иллюзиями, устрашающими галлюцинациями, фантастическими представлениями. Разнообразны соматоневрологические и вегетативные признаки гашишного опьянения: несистемное головокружение, мидриаз, вялая фотореакция зрачков, гиперемия кожных покровов и склер с последующей их бледностью, парестезии, нистагм, дизартрия, булимия («свиньяк»), повышение либидо, нарушения координации движений, жажда («сушняк»). На выходе из опьянения часты страхи, фобические реакции («шугняк»).

Для опио-морфинной интоксикации характерны переживания полного покоя и отрешенности от реальности — «нирвана», чувство блаженства, восторга и счастья, ощущения легкости тела, его невесомости и полета, достигающие степени телесной анестезии; явления образного ментизма, сужение сферы сознания, сосредоточенность внимания на субъективных переживаниях. Следует подчеркнуть, что восторженные описания пациентами своих переживаний выражают скорее особое отношение к опьянению, чем то, каким оно бывает на самом деле. Нужно иметь также в виду, что клиническая картина и восприятие опьянения во многом зависят от ожиданий, предвосхищений; другими словами, на опьянении и его оценке сказывается влияние самовнушения. Фактически мы сталкиваемся с феноменом положительного плацебо-

эффекта (при отрицательном плацебо-эффекте самовнушение оказывает противоположное действие, в частности, вызывает непереносимость лекарств, усиливает побочные эффекты их действия). В клинике морфийного опьянения наблюдаются, кроме того, миоз, бледность, сухость кожных покровов и слизистых, артериальная гипотония, брадикардия, повышение сухожильных рефлексов. Психотических симптомов (галлюцинаций, бреда, спутанности сознания) обычно не возникает. Опьянение кокаином несколько отличается от морфийного: преобладают направленность внимания и активности на внешний мир, характерны психомоторное оживление, выявляются повышенная контактность и говорливость. Клиническая картина барбитуровой интоксикации напоминает алкогольную. Наблюдаются эйфория с эмоциональной неустойчивостью, вспыльчивостью, агрессивностью и расторможенностью. Выявляются также мидриаз, гиперемия кожных покровов и склер, нистагм, дизартрия, дисметрия, атаксия, диплопия.

При опьянении галлюциногенными веществами могут возникать острые и скоротечные панические реакции, характеризующиеся страхом смерти, нарушениями схемы тела, галлюцинаторно-бредовыми явлениями, а также ощущениями остановки дыхания или паралича — «больное путешествие», «badtrip». Иногда приводит к несчастным случаям или к суицидальным попыткам.

Указанные картины опьянения наблюдаются обычно после приема повышенных доз или при нарушении обычного способа введения препарата.

Как упоминалось, страдающие наркоманией описывают свои ощущения в выражениях, подчеркивающих необычайную привлекательность опьянения, говорят о необыкновенном наслаждении, невыразимом восторге, бесконечном счастье, утверждают, что ничего подобного до употребления наркотиков им испытывать не доводилось и ничто «в этой унылой и грубой жизни» не идет в сравнение с тем, что переживается в опьянении. Между тем не у всех, кто испытал на себе действие наркотиков, появляется такое отношение к опьянению; большинство отдает все же предпочтение радостям реальной жизни. Столь разительный контраст в оценках опьянения и обычного состояния у больных наркоманией может указывать на то, что некоторые из них страдают скрытой депрессией с типичной для последней утратой чувства приятного.

В алкогольном опьянении эйфория менее выражена и не оставляет сильного впечатления. Тем большее значение приобретают обстоятельства, сопутствующие опьянению:

разнообразие спиртных напитков и вкусной пищи, развлечения, секс, атмосфера откровенности, располагающая к расслаблению и покою, занимательная беседа, музыка. В немалой степени это свойственно другим формам зависимости. Опынение инициирует скорее, не собственно эйфорию, оно лишь повышает готовность к ней, вследствие чего требуется дополнительная эмоциональная стимуляция. Существенную роль в привлекательности опынения играют также расторможенность, регресс мотивации и поведения, привносящие в самовосприятие ощущение свободы, раскрепощенности, естественности побуждений и поступков. Пациенты склонны идентифицировать самовосприятие в опынении с самовыражением, с раскрытием своей внутренней сущности, освобождением от чуждых личности сопротивлений, а также от опасений внешней агрессии, поскольку случившееся с пациентом будет списано ими на счет опынения. Подобное отношение к поведению опыневшего чрезвычайно распространено — человек не волен в своих действиях, это уже не его поступки, поскольку они обусловлены опынением и он не несет за них ответственности. Это проявление защитного механизма, известного как инсуляция, в чем-то родственного деперсонализации. Сошлемся на пример из художественной литературы.

В новелле «Маска Хеттоко» А. Рюноскэ (1912) намного опередил психиатров, одним из первых указав, что спиртное употребляется «не только из физической потребности», но «и по психологическим причинам», причем именно последние могут сделать невозможным прекращение пьянства. Автор рассказывает о больном, который в опынении полностью преображается, становится совсем другим человеком и ведет себя совершенно иначе, нежели трезвым: то, чего он потом стыдится, почти всегда совершается в пьяном виде. Он делает при этом то, что хочет: танцует, спит, играет в цветочные карты..., и никто не может упрекнуть его. А это для него «важнее всего».

Мотивы употребления алкоголя, пожалуй, более разнообразны и лучше изучены, нежели мотивация приема наркотиков, где, как считается, с самого начала, доминирует стремление к эйфории. Попытки систематизировать мотивы алкогольного опынения предпринимались неоднократно. Одна из лучших принадлежит В. Ю. Завьялову (1982), который выделяет следующие виды мотивации.

Гедонистическая — прием алкоголя связан с жаждой удовольствий, стремлением к чувственным наслаждениям, с эпикурейскими наклонностями.

Рассуждения больных сводятся при этом к следующему:

«Почему я должен отказать себе выпить? Ведь жизнь-то одна, другой не будет. Кто может сказать, что случится завтра? И вообще: для чего жизнь, если лишать себя ее радостей?». По-видимому, во все времена данный вид мотивации был одним из наиболее распространенных, о чем свидетельствуют даже памятники литературы. Кажется, Еврипиду принадлежат слова: «Не дали боги разума тому, кто пьет вино, не радуясь ему». По преданию, в древнем Египте на пиршества вносили огромное изображение смерти, напоминая тем самым: «Пейте и веселитесь, ибо скоро все вы будете такими же!». С клинической точки зрения особенно важно, что в гедонистической ориентации не чувствуется глубокой привязанности к жизни и более того, угадывается настроение обреченности и безысходности, скрывающееся в тени потребности чувственной стимуляции. Жажду наслаждений Л. Н. Толстой считал оборотной стороной самоубийства, то есть выражением внутренней опустошенности и депрессии.

Атарактическая — алкоголь употребляется с целью смягчить состояние эмоциональной напряженности, тревоги, беспокойства, подавленности, страхов, неуверенности.

Больные мотивируют прием спиртных напитков стремлением «отключиться» от горьких воспоминаний, навязчивых опасений, тревожных предчувствий, объясняют время от времени возникающей необходимость «разрядиться, расслабиться, успокоиться, собраться с мыслями, перевести дух», потребностью «оглушить себя, забыться, выключить сознание и ни о чем не думать, вырубиться...». Невротики вообще плохо переносят состояние душевной боли. Возможно потому, что не видят в этом смысла — страдание во имя чего-то очень важного переносится совсем иначе. Такая мотивация свидетельствует, кроме того, об очевидных аффективных нарушениях, природа которых может быть различной: невротическая депрессия, психопатические фазы и реакции, алкогольная депрессия. Нельзя исключить и возможность эндогенных колебаний настроения.

Субмиссивная — употребление алкоголя связано с повышенной подчиняемостью, с неспособностью незрелой личности противостоять натиску пьющих, оградить себя от негативных влияний, с нежеланием отвечать за свои действия.

Больным владеет стадное чувство «быть как все, не выделяться, не быть белой вороной». Не сопротивляясь внешнему давлению, они не могут также контролировать внутренние импульсы, то есть являются внутренне зависимыми. Субмиссивная мотивация, таким образом, только маскирует остающиеся неосознанными побуждения к

опьянению.

Мотивация с гиперактивацией поведения — алкоголь употребляется в качестве допинга, для того, чтобы поднять тонус, стимулировать воображение и творческую деятельность, улучшить работоспособность.

Формулировка мотивов выглядит следующим образом: «Требуется подхлестнуть себя, подстегнуть лошадку... Пью, когда устаю, чтобы взбодриться... Ничего не хочется делать, выпьешь — энергия появляется... Трезвым трудно быть на сцене, все получается лишь в опьянении... С женщинами бывает все хорошо, если выпиваю...». Уместно привести по этому поводу любопытную подробность. У племен древних готов существовал обычай: все важные решения обсуждать дважды — в опьянении, а затем на трезвую голову. Первый раз для того, чтобы решения были более энергичными, а другой, — чтобы придать им больше благоразумия.

Псевдокультуральная мотивация — употребление алкоголя отражает желание привлечь к себе внимание окружающих утонченным знанием редких напитков, особых рецептов коктейлей, изысканностью ритуала выпивки, стремлением почувствовать принадлежность к высшему свету, к золотой молодежи. Пациенты демонстративно подчеркивают, что не имеют ничего общего с рядовыми «сивушниками, которым только и надо, чтобы залить мозги чем попало».

Традиционная мотивация — употребление алкоголя по санкционированным в данной микросреде поводам (праздники, банные дни, банкеты и пикники, деловые встречи «и мн. др.»). Больные умело используют любой удобный для выпивки случай, искусно создают новые питейные ситуации, ловко втягивая в них окружающих, что долго маскирует патологическую потребность в опьянении.

Приведенная классификация, как и другие подобные, статична не отражает всего многообразия мотивов, их связи с личностной структурой, возрастом и динамикой болезненных изменений. Остаются неясными особенности мотиваций опьянения, отличающие болезни зависимости от бытовых и симптоматических форм наркотизма. Нет четкости в представлениях о последовательности, в какой развивается патологическое влечение к опьянению. Кроме того, косвенно утверждается, что мотивы алкогольного опьянения существенно отличаются от таковых при других формах наркотизма. Анализ мотивации опьянения является важным по той причине, что позволяет получить ценную информацию о личности пациента и ее болезненных отклонениях. Следует лишь заметить, что изучение мотивации не сводится к

механической констатации высказываний пациентов. Изучение обычно показывает, что истинные мотивы опьянения не всегда совпадают с тем, что пациенты говорят по этому поводу.

Предлагаемая ниже систематика мотивов опьянения не претендует на решение указанных проблем, но некоторые неясности могла бы, кажется, устранить.

Все виды мотивов приема одурманивающих субстанций могут быть поделены на четыре основные группы, каждая из которых характеризует определенный уровень побуждений личности: это мотивы, в которых проявляются духовные качества личности; социально-психологические, отражающие отношение человека к социальной среде; психологические, выражающие отношение человека к самому себе; витальные, связанные с базисными структурами личности (настроение, активность, биологические потребности).

Мотивы первой группы связаны с экзистенциальной фрустрацией — невротической или психогенно обусловленной блокадой стремления к осмысленной жизни и переживанием смыслоутраты. Опьянение представляет собой попытку устранить эмоциональные последствия такой фрустрации: разочарование, скуку, состояние внутреннего опустошения, смятение и растерянность. Подобные мотивы не следует смешивать с теми, что имеют в виду пациенты, когда утверждают, что без опьянения жизнь теряет смысл. Такие заявления чаще свидетельствуют лишь о том значении, какое опьянение имеет для пациента, независимо от характера заблокированных потребностей.

Употребление опьяняющих субстанций может быть обусловлено тяжелыми, невосполнимыми потерями, утратой или дискредитацией важнейших ценностей, а также ситуациями, которые препятствуют достижению стратегических целей личности, либо мешают осознанию своего призвания. Человек может предпочесть опьянение, если не видит смысла в том, что его окружает, не находит того, что ему нужно, либо потому, что не может найти в себе качеств, необходимых для осуществления основополагающих ценностей. Если потерявший опору человек начинает, к примеру, выпивать, он не может рассчитывать на обретение утраченных символов веры. В лучшем случае он может на время почувствовать, что его положение не столь уж безнадежно. И увидев это, продолжить искания в реальном мире, вне опьянения. Но может быть и так, что последнее станет желаемым, как то спасительное состояние, в котором безразлично, есть ли в этой жизни смысл вообще. Глубокое разочарование и внутренняя опустошенность часто ведут к наркомании, существуют и «горькие пьяницы». В пьянстве

глубоко несчастных и отчаявшихся людей заключен немалый риск развития болезненного пристрастия. Экзистенциальная мотивация опьянения свойственна индивидам зрелого и среднего возраста, потрясенным внезапной утратой оснований жизни, потерявшим надежду осуществить свои планы или незаметно разменивающим себя на разного рода мелочи. Более типичны при этом разочарование, потеря веры в себя. Отношение к внешнему миру не меняется и пациенты обвиняют не жизнь, а видят причину происходящего в себе. Переживание смыслоутраты может стать причиной ухода в опьянение в юношеском возрасте. Молодых людей чаще толкает на это разочарование в господствующих общественных ценностях, нежели в своих возможностях, так что опьянение становится суррогатом, заменяющим действительность, о которой они мечтают. Как указывает В. Франкл, у 90 % больных алкоголизмом и 100 % пациентов с наркоманией выявляется потеря смысла существования.

По-видимому, экзистенциальная мотивация опьянения чаще всего встречается у пациентов с ноогенным неврозом. Возможно, что она является нередкой и у больных с затяжными депрессиями иной этиологии. Если пациентам не будет оказана своевременная и достаточная психологическая, а также психиатрическая помощь, симптоматическая наркотизация может со временем трансформироваться в алкоголизм или наркоманию. Вряд ли можно присоединиться к пациентам в том, что опьянение позволяет глубоко переживать подлинные ценности жизни. Творческая личность в опьянении ничего нового не создает, скорее она довольствуется обманом самовыражения. Опьянение не добавляет ничего к тому, что человек имеет. Кажется очень спорным мнение о том, что для — некоторых наркотиков существуют исключения из этого правила. Между тем такое мнение подкрепляют ссылками на религиозные традиции. Действительно, Магомет, категорический противник алкоголя, счел возможным сделать исключение для гашиша. Будда, охраняя единоверцев от вина, пробуждающего низменные страсти, поучал, что гашишное опьянение очищает и возвышает душу. Со всей определенностью нужно подчеркнуть: осознание подлинных ценностей требует особой духовной ясности и просветленного ума. Даже в легком опьянении ценностные представления подвержены сильным искажениям. Вторая группа мотивов опьянения имеет своим источником социально-психологические свойства личности и связана со стремлением к утверждению групповых ценностей. Индивидуальные мотивы поведения при этом как бы растворены в побуждениях, присущих всем членам социальной общности. Следуя в направлении групповых целей, человек в то же время действует и от своего имени, поскольку они отвечают его собственным намерениям. Так, групповые мотивы опьянения

могут быть связаны с соответствующими традициями. Основной смысл коллективного опьянения заключается в единении членов группы вокруг каких-то идей, принципов, целей. Опьянение, следовательно, носит символический характер. Практика ритуального опьянения использует известную с давних пор закономерность: совместное опьянение нивелирует личность, настраивает всех членов на одинаковую эмоциональную «волну», сближает людей друг с другом. Традиционные мотивы опьянения не являются патологическими, если, конечно, обычаи не размыты влиянием зависимых лиц. Традиционная мотивация может быть также маской, скрывающей проявления симптоматического и патологического влечения к опьянению.

Другая форма групповой мотивации опьянения отражает желание «быть как все», «не выделяться» на фоне окружающих, не быть среди них «белой вороной», а по существу — освободить себя от ответственности за свое поведение. Потребность в отождествлении с другими нередко сталкивается с иными стремлениями, порождая внутренний конфликт. Пациенты при этом отмечают, что выпивают вопреки своей воле, «не могут» отказаться от приглашения, устоять под давлением товарищей. Потребность в опьянении в последнем варианте свидетельствует о высокой внешней внушаемости личности. Подчиняемость указывает на незрелость, инфантилизм, связанный с болезнью, регресс личности, невротическое состояние. Что касается подростков и детей, то совместная наркотизация отражает возрастные психологические особенности и может рассматриваться в контексте патохарактерологических реакций группирования.

Вместе с тем под маской конформности иногда скрывается наркотическая зависимость. Имеются в виду пациенты, участвующие в группе вне связи с какими-то психологическими проблемами, причем одна группа легко заменяется другой. Главной причиной опьянения является все же болезненное влечение. В одно и то же время существует, таким образом, несколько мотивов опьянения. Мотивы могут меняться также от одного эксцесса к другому в зависимости от того, какой уровень побуждений личности доминирует в это время. Происходит нечто вроде расщепления личности, связанного с утратой интегративного начала. Сопутствующие внутреннему разладу колебания, а также последующие раскаяние и самобичевание только подтверждают факт кризиса.

У пациентов с очевидными проявлениями наркотической зависимости групповые формы опьянения чаще всего таковыми уже не являются. Создаются лишь временные, эфемерные и очень рыхлые ассоциации больных, объединяемые только тем,

что сообща легче найти средства к опьянению. Сама компания, общение внутри группы во время опьянения больного не интересуют, он сосредоточен, в основном, на внутренних эффектах опьянения.

Третья группа мотивов опьянения ассоциирована с потребностями, ориентированными на самого себя: с помощью опьянения индивидуум пытается изменить свое состояние, самовосприятие или отношение к окружающему.

Так, опьянение у подростков нередко связано со стремлением к самопознанию, рефлексии. Изменения, происходящие в субъективном мире, вызывают в этом возрасте особый интерес и порою побуждают к глубоким размышлениям. Подросток впервые открывает у себя свой внутренний мир, часто застывая на его пороге с удивлением, растерянностью и смятением. Отсюда то острое любопытство, которое вызывает опьянение, если к тому же оно сопровождается значительными психическими нарушениями. Необычайные переживания, галлюцинации, фантастические представления, подъем настроения, страхи — все это кажется загадочным, поражающим воображение, таинственным. В сравнении с ними обыденные впечатления явно проигрывают в своей сенсационности и привлекательности. Если же подросток до опыта опьянения был лишен увлекательных занятий, развлечений, серьезных интересов, то психоделические эффекты могут показаться еще более интересными. К этому добавляется иногда и момент состязательности: рассказывая друг другу о впечатлениях об опьянении, подростки находят самые удивительные, завидуют товарищам и в свою очередь хотят испытать нечто подобное. Тем самым формируют свои ожидания предстоящих опьянений в надежде, что последние будут еще более причудливыми. По этой же причине дети и подростки пробуют разные психотоксические субстанции в поисках того, что им больше понравится.

К опьянению может побуждать чувство неполноценности. Выключая критические или, лучше сказать, репрессивные инстанции личности, опьянение устраняет переживание собственной ущербности. Более того, компенсаторное представление о мнимых и преувеличенных своих достоинствах уже не кажутся фантазией или мечтой, если наступает регресс сознания. Бахвальство, куражи и яркие выдумки о заслугах, связях, богатстве и способностях субъективно воспринимаются, совсем иначе: опьяневший принимает их за чистую монету. Подростки, обиженные тем, что их считают детьми, несмышлениками, «сосунками», используют опьянение для отождествления со взрослыми людьми. В опьянении им действительно кажется, что они уже далеко не дети. К опьянению могут прибегать подростки, недовольные своей

внешностью, считающие себя недостаточно мужественными. Чаще всего речь идет о преходящих дисморфобических реакциях, смягчающихся под влиянием неглубокого опьянения. Опьянение используется также для отождествления с кумирами публики, элитой общества. Это свойственно лицам с комплексом социальной неполноценности.

Мотивы опьянения могут быть обусловлены недовольством своим характером. Так, затруднения в контактах нередко преодолеваются посредством неглубокого опьянения. Боязливые, застенчивые и стеснительные люди выпивают, чтобы почувствовать себя сильными, смелыми и уверенными. Робкий и нерешительный подросток курит или выпивает перед танцами, где он теряется перед девушками и вынужден уступать более нахальным сверстникам. Серьезная психологическая проблема многих подростков состоит в том, что им не хватает чувства внутренней определенности, ощущения стабильности, того внутреннего стержня, который является опорой зрелой личности в трудные минуты жизни. Неопределенность, смятение, состояние, когда не знаешь, чего можно ждать от самого себя, заставляет молодых людей прибегать к опьянению в поисках цельного образа своего «Я» и утраченного с окончанием детства ощущения внутреннего рая.

Мотивы опьянения могут быть связаны также с потребностью в самовыражении. В условиях, подавляющих личность, в обстановке жесткой регламентации поведения человек может усмотреть в опьянении то средство, которое дает ему возможность выразить протест, заявить о себе, «почувствовать самого себя» или же «просто так» делать что угодно, но только бы это исходило от собственного «Я». Встречаются пациенты, которые заявляют, что лишь в опьянении они действуют от своего имени и видят себя такими, каковы они на самом деле. Поведение в трезвом состоянии многие невротики оценивают как навязанное, вынужденное, не характеризующее их подлинную сущность. Подобные утверждения, вероятно, не всегда нужно считать вымыслом или попыткой самооправдания. Сведения о некоторых пациентах от окружающих свидетельствуют о том, что опьянение как бы «раскрывает» пациента, обнаруживает лучшие качества, делает его добрым, внимательным и заботливым, хотя значительно чаще, увы, бывает наоборот.

Последняя группа мотивов опьянения связана с витальными потребностями, коренящимися в основании личности.

Побуждения к опьянению связаны с невротическими нарушениями сна, аппетита, общего самочувствия, половой функции, настроения. Так, употребление алкоголя может быть

обусловлено стойкими нарушениями сна, а легкое опьянение способствует более быстрому засыпанию. Столь же часто небольшие дозы алкоголя используются для повышения аппетита. До сих пор встречаются пациенты, пристрастившиеся к выпивкам по советам врача, и нелегко определить, кто тут больший невротик — пациент или сам врач. Подобные советы иногда адресуются детям, родители которых не в меру обеспокоены тем, что те мало едят. Чаше это касается детей дошкольного возраста, которым вообще свойственно снижение аппетита. Нередко алкогольное опьянение рекомендуется как народное целебное средство, полезное при простудных заболеваниях. Некоторые люди привычно прибегают к выпивкам, если чувствуют физическое недомогание. Они уверены, что это определенно им помогает, как вылечить, так и предупредить болезнь. Весьма часто опьянение считают средством борьбы с утомлением, и регулярно практикуют его после тяжелого рабочего дня или в конце недели. Упомянутые симптоматические формы приема алкоголя как бы предваряют появление в будущем физического или вторичного влечения к опьянению.

Мотивы опьянения иногда вытекают из болезненной вялости, отражают нарастающую аспонтанность, снижение общей активности. В частности это характерно для наркоманов, которые становятся вялыми, безынициативными, бездеятельными, ощущают увеличивающийся дефицит психической энергии. Опьянение используется как допинг, позволяющий на время «взбодриться». Это оживление редко бывает чрезмерным и продолжительным, большей частью оно не достигает доболезненного уровня психической активности. Самостимуляция часто встречается также у пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Это может быть связано со снижением половой активности и психогенной импотенцией. Пациенты убеждены, что опьянение повышает половую функцию и интимные контакты неизменно предваряют приемом спиртного, избегая сближения в трезвом виде.

К числу особенно частых, во всяком случае, наиболее известных мотивов опьянения, относится неудовлетворенность душевным состоянием. Алкоголь, наркотики и токсические субстанции используются при этом для подъема настроения. Направленность поведения на себя по сути своей деструктивна и свойственна невротической личности, избегающей контактов с внешним миром.

Другой стороной гедонистической мотивации является устранение посредством опьянения напряжения, подавленности, волнения. Указанные эмоциональные нарушения могут быть следствием разных причин: внутренних и внешних конфликтов, неудач, соматического

неблагополучия, хронической интоксикации, психических заболеваний, декомпенсации, органической патологии головного мозга. Важно помнить о скрытых депрессивных состояниях. Пациенты с депрессией, особенно дети и подростки, не могут ясно описать свое состояние. Тем не менее они говорят о «скуке», о том, что им «нечем заняться» или «ничего не хочется делать», что им «все надоело» или «все стало противно». Сообщают о «лени», о том, что им редко бывает смешно, весело или радостно, отмечают, что все происходящее кажется слишком будничным, унылым, однообразным. Некоторые обеспокоены раздражительностью, жалуются, что все почему-то их «бесит». Депрессивные дети отличаются от сверстников отсутствием жизнерадостности, подвижности, большей частью бывают хмуры, сосредоточены, молчаливы. Как правило, медленно соображают, а некоторые прямо указывают на тупость и отсутствие ясности в голове. Дети могут быть также чрезмерно ранимыми, впечатлительными и боязливыми, временами же становятся дерзкими, вспыльчивыми и даже агрессивными. Часто выявляются нарушения сна, аппетита, вегетативной регуляции, повышена утомляемость. Депрессия у детей и подростков проявляется разными формами отклоняющегося поведения, включая аддиктивное.

Витальный уровень мотивации опьянения характеризует и «тяга» к приему одурманивающих средств, лишенная ясного психологического содержания. Это время от времени появляющееся интенсивное влечение к опьянению с характерным, нередко правда, отставленным переживанием его насильственности и императивности. Попытки подавить это влечение успеха чаще всего не имеют. Не исчезает влечение и там, где на его пути возникают внешние препятствия. Более того, фрустрация потребности в опьянении может привести к возрастанию интенсивности влечения. По сообщениям пациентов, его основу составляет плохо дифференцированное чувство общего неблагополучия. Оно складывается из ощущений физического дискомфорта и подавленного настроения, причем последнее делает состояние особенно мучительным или даже невыносимым. Психологическое влечение как бы переходит в физическое, сходное с такими биологическими потребностями, как голод и жажда. Влечение к опьянению отличается, кроме того, ненасыщаемым характером, не исчезает и даже усиливается в опьянении, иногда сопровождается иллюзиями и обманами восприятия.

Последовательность настоящего описания мотивов опьянения в целом соответствует динамике их смены по мере развития заболевания. Она постепенно отражает углубляющийся регресс личности и прогрессирующее снижение уровня мотивации. Обычно у пациента выявляется несколько мотивов,

но лишь один из них преобладает, именно он характеризует состояние личности. Мотивация опьянения зависит также от исходного уровня развития личности. Эгоцентрическая личность с самого начала будет ориентироваться на опьянение как средство достижения эйфории, более высокого уровня может вообще не быть.

Таким образом, в развитии болезненной потребности в опьянении ясно различаются три стадии: традиционная, симптоматическая и компульсивная. Последняя является, очевидно, заключительным этапом невротического развития личности. Не имеет при этом значения, употребляет ли пациент алкоголь, гашиш или какие-то другие опьяняющие вещества.

Собственно болезненное или компульсивное влечение отличается от других побуждений к опьянению рядом особенностей, имеющих важное клиническое значение.

Этими особенностями являются:

- цели, которые преследует опьянение, не связаны с внешней активностью, или иными словами, преобладает внутренняя, направленная на себя мотивация;
- патологическое влечение возникает спонтанно, осознается насильственным, чуждым собственной личности, не подавляется сознательными усилиями. Более того, подавление, в том числе и внешнее, стимулирует ситуацию фрустрации и, как правило, приводит к резкому усилению влечения;
- отсутствует четкое психологическое содержание потребности в опьянении и субъективно она воспринимается как необъяснимая, болезненная тяга;
- патологическому влечению к опьянению сопутствует реакция личности на болезнь в виде чувства вины, тревоги и страха, оно сопровождается интенсивными идеями отношения, а также различными психологическими защитами (рационализация, вытеснение, отрицание реальности, гиперкомпенсация).

В структуре психической зависимости заметное место занимают некоторые особенности отношения пациентов к факту неумеренного употребления опьяняющих веществ, приобретающие в ряде случаев явно односторонний, сверхценный характер. Это проявляется рядом клинических признаков, имеющих диагностическое значение.

Так, обнаруживаются фиксированные эмоционально-

положительные реакции на различные ситуации, благоприятствующие употреблению опьяняющих веществ. Представления об опьянении устойчиво окрашены яркими положительными тонами и прочно доминируют в сознании больных. При одном воспоминании о выпивках лицо страдающего алкоголизмом озаряется веселой улыбкой, поднимается настроение, становится заметным оживление. Задолго до праздников, торжеств, дней получения денег больные живут радостным предвкушением выпивок, ожиданием предстоящего удовольствия. Возможность скорой выпивки будоражит, окрыляет, алкоголь начинает действовать как бы до начала опьянения. В воспоминаниях о событиях периода опьянения преобладают приятные эпизоды, а негативные оттесняются на второй план и вскоре утрачивают актуальность. В спонтанных высказываниях больных алкоголь упоминается большей частью в благожелательном контексте, значительно реже встречаются отрицательные оценки. Появление хорошего настроения вообще ставится в зависимость от употребления алкоголя и чаще всего рассматривается как его результат.

Отрицательные последствия пьянства больные пытаются связать с разного рода ситуационными моментами, а не действительной и главной причиной, каковой большей частью является злоупотребление алкоголем. Виновными в неудачах оказывается все, но только не сам больной и его пьянство — выпивки лишь помогают ему устоять перед трудностями, как-то пережить их и вдобавок ко всему сохранить присутствие духа. Постоянно подчеркиваются положительные аспекты действия алкоголя, который, если поверить больным, является чуть ли не чудодейственным средством, полезным на все случаи жизни. Так, широко распространены представления о его высоких целительных свойствах: это «лекарство», которое отлично успокаивает, «снимает» стресс, повышает адаптацию, улучшает сон, аппетит, устраняет половую слабость, помогает при многих заболеваниях. Рассказываются легенды о способностях алкоголя возвращать к жизни, когда оказываются бессильными медикаменты и врачи. Страдающие алкоголизмом в большинстве своем не только не считают себя больными, они уверены, что застрахованы от этой опасности. Считается, что употребление алкоголя является выражением лучших человеческих качеств. Вовсе не редким и отнюдь не случайным является убеждение в том, что «порядочные люди — это всегда пьющие, и так на Руси было издавна». Больные думают также, что именно употребление алкоголя дает ощущение полноты и осмысленности жизни, без этого она была бы лишена своей притягательной силы.

Трудно не согласиться с разумностью мысли, приписываемой Магомету: «Не пей вина и майсира, ибо в них обоих есть вред и

некая польза. Только вред этот больше пользы». Мнение большинства больных по этому поводу выглядит совсем иначе. Вероятно, не случайно алкоголизм называют иногда «химической религией» — реальные отношения в сознании больных отражены в явно искаженном виде.

Формируется алкогольная система личностных ценностей, где опьянение становится главным и смыслообразующим мотивом поведения. Все, что препятствует употреблению алкоголя, обесценивается, подвергается осуждению, остракизму, а то, что этому способствует — рассматривается как положительное явление. Это напоминает проявления рационализации — защитного приема в двух его ипостасях — «кислого винограда» и «сладкого лимона». Контрастными, как на негативе, становятся представления о человеческих ценностях. Непьющие — это люди больные или не заслуживающие доверия, с ними трудно найти общий язык. Друзья — это те, с кем всегда можно выпить. Тот, кто осуждает пьянство больного, почти всегда становится объектом неприязненного отношения. Работа — это не способ самоутверждения, а лишь средство добывания денег, и, в конце концов, неважно, где и кем работать, было бы на что выпить. К тем, кто не пьет, больные относятся иногда свысока либо с сожалением: «Не понимают жизни». Осуждаются и бытовые пьяницы, кто, «как скот, пьет лишь в специально отведенные для этого дни». Патологическое пристрастие часто вытесняется и может вовсе не беспокоить больных. Они не только не в силах оставить пьянство, хотя и уверяют, что это ровно ничего им не стоит, многие не хотят, а некоторые открыто заявляют, что употребление алкоголя составляет главное содержание их жизни: «Пил, пью и буду пить». С появлением психической зависимости меняется форма употребления алкоголя. Эпизодический, обусловленный существующими традициями прием спиртных напитков сменяется регулярным, систематическим, иногда постоянным. Все больше времени больные стремятся проводить в опьянении, многодневное пьянство не ведет к развитию отвращения к алкоголю. В периоды воздержания может возникать чувство психического дискомфорта: необъяснимая неудовлетворенность, немотивированное снижение настроения, ощущение неполноты жизни, несобранность внимания, потеря интересов. Употребление алкоголя и наркотиков коренным образом перестраивает деятельность больных. Вместо целенаправленной активности, ориентированной на преодоление реальных проблем, достижение объективных результатов, больные предпочитают опьянение, погружение в мир искусственных иллюзий и ложных чувств. Можно с полным основанием сказать, что психическая зависимость — это трагедия личности, основным актом которой является глубокая и стойкая дезориентировка в объективных и

общественно полезных ценностях и, как следствие этого, выпадение из сети социальных и духовных коммуникаций.

С психической зависимостью тесно связано и, по существу, одной из ее сторон является психическое или первичное влечение к опьяняющим веществам. Психопатологические критерии оценки клинической структуры влечения остаются неуточненными и тут существуют разные мнения. Так, описывают легкий и тяжелый варианты влечения, обсессивное и компульсивное, одолимое и неодолимое, парциальное и генерализованное, постоянное и периодическое либо пароксизмальное, аутохтонно возникающее и ситуационно обусловленные виды психического влечения. Разграничивают также осознанное и неосознанное влечение к алкоголю. В первом случае имеется в виду влечение, мотивы которого вербализуются четко и в соответствии с актуальными потребностями, во втором,— неточно, либо не формулируются вообще.

Попыткой обобщить существующие подходы к клинико-психопатологической оценке первичного влечения является типологическая схема, которую предложили Н. Н. Иванец и А. Л. Игонин (1983). Авторы различают следующие виды первичного влечения (применительно к алкоголизму):

1. Симптом ситуационного обусловленного первичного патологического влечения к алкоголю. Актуализация патологического влечения наблюдается лишь в ситуациях, привычно связанных с употреблением алкоголя.
2. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю с борьбой мотивов. Влечение возникает не только ситуационно, но и спонтанно, четко ощущается, осознается, сопровождается противоборством желанию выпить.
3. Симптом спонтанно возникающего первичного патологического влечения к алкоголю без борьбы мотивов. Влечение возникает спонтанно и не осознается — больные связывают употребление алкоголя с различными внешними поводами.
4. Симптом неодолимого первичного патологического влечения к алкоголю. Влечение возникает спонтанно и отличается крайней интенсивностью, которую можно сравнить лишь с выраженностью таких витальных побуждений, как голод или жажда.

Совокупность клинических признаков, определяющихся понятием «психическая зависимость», характеризует

проявления начальной стадии алкоголизма и наркомании. Психическая зависимость не исчезает и на последующих этапах развития заболевания, хотя ее симптоматика видоизменяется, сосуществуя и переплетаясь с явлениями физической зависимости. Актуализация первично патологического влечения в ремиссиях может рассматриваться как ключ к пониманию механизмов развития рецидивов заболевания. По мнению Е. М. Jellinek (1962) и Ц. П. Короленко (1973), психическая зависимость — признак, характеризующий клинические проявления альфа-алкоголизма.

Физическая независимость. Совокупность вегетативных, соматоневрологических и психических расстройств, возникающих непосредственно вслед за прекращением употребления наркотиков, алкоголя и других токсических веществ и смягчающихся либо на время исчезающих после возобновления их приема.

Основное проявление физической зависимости — абстинентный синдром (синдром лишения).

Явления алкогольного абстинентного синдрома возникают на выходе из алкогольного опьянения и достигают наибольшей выраженности на третий, четвертый день после прекращения пьянства (при сформированном похмельном синдроме). Его клиническая картина складывается из астенических, вегетативно-соматических, неврологических и психических расстройств.

Астенические нарушения включают общую слабость, недомогание, легко возникающую истощаемость, отвлекаемость внимания, несдержанность, а также явления сенсорной гиперестезии и неустойчивость настроения. Из вегетативно-соматических расстройств с наибольшим постоянством выявляются гиперемия лица и инъекция склер, отрыжка, тошнота, рвота, диарея, запор, жажда, учащенное мочеиспускание, гипергидроз, анорексия, озноб, тахикардия, нарушения сердечного ритма, артериальная гипертензия либо гипотония, головные боли, боли в области сердца, эпигастрии, печени и прочие проявления диэнцефальной дисфункции, которым сопутствуют многочисленные симптомы обострения имеющихся соматических заболеваний. Из неврологических нарушений в первую очередь следует отметить дрожь, крупноразмашистый тремор конечностей, расстройства координации движений, гиперрефлексию, парестезии, мышечные боли. Могут возникать тонико-клонические судорожные припадки. В большинстве случаев припадки расцениваются в качестве эпилептического синдрома, возникающего в связи с повышенной судорожной готовностью. У больных эпилепсией в состоянии похмелья может наблюдаться учащение судорожных, а также бессудорожных

пароксизмов.

Возникающие в абстиненции психические расстройства характеризуются нарушениями сна, настроения, рудиментарными галлюцинаторно-параноидными явлениями, короткими состояниями спутанного сознания, транзиторными амнестическими эпизодами, преходящим психоорганическим снижением личности.

Сон становится прерывистым, беспокойным, нарушено засыпание, наблюдаются ранние пробуждения. Появляются обильные сновидения, яркие, цветные, сценopodobные или калейдоскопически мелькающие, обычно устрашающего, авантюрно-детективного либо профессионального содержания, насыщенные разнообразными громкими звуками и ощущениями быстрого движения. Больные пробуждаются в страхе, в поту и не способны сразу разграничить сновидения от реальности. Позднее в содержании сновидений появляются животные. Нарушения сна связывают с компенсаторным удлинением фазы парадоксального сна, в норме занимающей одну треть времени всего ночного сна.

Аффективные нарушения чаще всего проявляются напряженностью, тревожностью с фобиями конкретно-жизненного содержания. Могут преобладать апатия, депрессия с витальным оттенком, дисфорический фон настроения с аффективной вязкостью и эксплозивными реакциями.

Рудиментарные слуховые и зрительные галлюцинации характеризуют тяжелые формы алкогольной абстиненции. Наблюдаются гипнагогические и гипнопомпические зрительные галлюцинации большей частью устрашающего содержания, оптические иллюзии, явления аллестезии. Могут возникать также вербальные иллюзии и отдельные функциональные галлюцинации. Как правило, к обманам восприятия сохраняется критическое отношение. Часто появляются нестойкие идеи отношения, содержание которых отражает доминирующую аффективную установку.

В ночное время возможно возникновение непродолжительных эпизодов спутанного сознания с дезориентировкой, психомоторным возбуждением, но без галлюцинаций, а также лимбических нарушений в виде скоропреходящих явлений корсаковского синдрома.

Неотъемлемым, облигатным признаком алкогольного абстинентного синдрома является патологическое влечение к алкоголю — вторичное или физическое влечение. Влечение отличается принудительным, насильственным характером. Алкоголь употребляется «вынужденно, по необходимости»,

нередко с отвращением, рвотой, в дозах, достаточных для купирования похмельной симптоматики. Быстрыми темпами влечение развивается до степени непреодолимого, доминирующего в сознании больных.

Существуют разные подходы к систематике алкогольного абстинентного синдрома. В качестве одного из них можно рекомендовать следующую типологическую схему дифференцированных вариантов алкогольной абстиненции (Иванец, Игонин, 1983).

1. Абстинентный синдром с вегетативно-астеническими (инициальными) расстройствами. Возникает лишь после наиболее тяжелых алкогольных эксцессов Клиническая картина исчерпывается вегетативными нарушениями и соматической астенией. «Опохмеление» может быть приурочено ко второй половине дня либо больные обходятся без него. Длительность не превышает двух суток.
2. Абстинентный синдром с вегетативно-соматическими и неврологическими расстройствами. Клиническая картина характеризуется преобладанием разнообразных вегетативных, соматических и неврологических нарушений. Могут возникать выраженные нарушения сна. Как правило, больные опохмеляются, чаще в утренние часы. Длительность от двух до пяти суток.
3. Абстинентный синдром с психическими расстройствами. Типичны «тревожно-параноидная» установка, депрессивные явления, нарушения сна с кошмарными сновидениями, отдельными зрительными галлюцинациями. Длительность от двух до пяти суток.
4. Развернутый абстинентный синдром. Преобладают вегетативно-соматические и неврологические расстройства. Выражены, хотя и находятся на втором плане психические нарушения, из которых наиболее постоянна тревожно-параноидная установка.
5. Абстинентный синдром с судорожными компонентами. На фоне соматоневрологических явлений наблюдаются генерализованные, реже — абортивные припадки. Длительность более пяти суток.
6. Абстинентный синдром с обратимыми психоорганическими расстройствами. На фоне многообразной неврологической симптоматики возникают преходящие мнестические нарушения, снижение критических функций, затруднения в осмыслении окружающего. Возможны эйфория, немотивированная злобность, детализация мышления,

олигофазия. Длительность более пяти суток.

Несколько по-другому выглядит клиническая картина абстиненции при наркоманиях.

В первой фазе развития опишно-морфинной абстиненции (спустя восемь, двенадцать часов от последней инъекции наркотика) возникают аффективная напряженность, состояние неудовлетворенности, беспокойство, а также вегетативные расстройства: мидриаз, зевота, слезотечение, насморк, чихание, анорексия, иногда — гусиная кожа. Затруднено засыпание. Во второй фазе, через сутки лишения, появляются озноб, приливы жара, приступы потливости и слабости, повышение тонуса мышц, мышечный дискомфорт. Возникают боли в межчелюстных суставах, жевательной мускулатуре. Усиливается симптоматика первой фазы абстиненции: учащаются чихание, зевота, возникает гиперсаливация. Гусиная кожа постоянна. Возрастает выраженность влечения к наркотикам. В третьей фазе (к концу вторых суток отнятия наркотика) на фоне наибольшей выраженности симптоматики предшествующих фаз наблюдаются интенсивные мышечные боли, судороги периферических мышц, акатизия, подавленное настроение с напряжением, дисфорией. Влечение к наркотикам становится неудержимым. На третьи сутки лишения присоединяются диспепсические явления (четвертая фаза абстиненции): боли в кишечнике, рвота, диарея. Помимо этого выявляются субфебрилитет, склонность к артериальной гипертензии, тахикардия, гипергликемия, разнообразные фантомные ощущения — обострение болезней, связанных с перенесенными в прошлом соматическими заболеваниями, зуд в местах внутренних вливаний, похудание, декомпенсация соматической патологии. Общая продолжительность абстиненции — до полутора месяцев и более, наибольшая интенсивность ее проявлений — в промежутке от трех до десяти суток. Кодеиновая абстиненция отличается более медленным темпом развития, меньшей интенсивностью проявлений; длится она дольше, чем морфинная. Судорожных припадков и психотических расстройств в течение опиатной абстиненции обычно не возникает.

Абстинентный синдром при барбитуромании развивается в течение первых суток с момента последнего приема снотворного препарата. Вначале появляются мидриаз, зевота, озноб, бледность, гипергидроз, мышечная слабость, анорексия, нарушения засыпания, беспокойство, напряженность, злобность, неудовлетворенность. Затем, к исходу первых суток, присоединяются судороги в икроножных мышцах, мышечная гипертония, гиперрефлексия, акатизия, атаксия, мелкоразмахистый тремор, подъем артериального давления, тахикардия, тревога. Позднее появляются боли в желудке,

крупных суставах, гастроинтестинальные расстройства. К концу третьих суток выраженность абстинентных явлений и физического влечения становится максимальной. У 3/4 больных наблюдаются генерализованные тонико-клонические припадки. Возможна спутанность сознания, чаще по типу делирия, отличающегося от алкогольного более глубоким помрачением сознания, а также меньшей выраженностью психомоторного возбуждения. Длительность абстиненции — до четырех, пяти недель, наибольшая интенсивность ее проявлений — в интервале от трех до четырнадцати суток.

В клинической картине гашишной абстиненции на первом этапе ее развития спустя четыре, пять часов от последнего курения наблюдаются мидриаз, зевота, озноб, мышечная слабость, анорексия, бессонница, вялость или беспокойство и дисфория. На втором этапе (конец первых суток) усиливается вышеупомянутая симптоматика, присоединяются мышечная гипертония, фасцикулярные подергивания, гиперрефлексия, мелко-размашистый тремор, повышение артериального давления, учащение сердечных сокращений, тахипноэ. На третьем этапе (вторые сутки) возникают разнообразные сенестопатические ощущения, иногда с галлюцинаторным их оттенком, ипохондричность, подавленность настроения, плаксивость. Максимальной выраженности достигает физическое влечение. Общая продолжительность абстинентных явлений составляет до месяца, наибольшая их интенсивность наблюдается в интервале от трех до пятнадцати дней. В части случаев развиваются психозы (делириозные, галлюцинаторно-параноидные).

С явлениями физической зависимости связано также патологическое влечение к алкоголю в состоянии опьянения — утрата или потеря количественного контроля. Данный симптом встречается при алкоголизме. Описан он также при барбитуромании (Пятницкая, 1975).

Потеря контроля выражается «неспособностью остановиться» после приема начальной дозы алкоголя и ограничиться его употреблением в разумных границах. Механизмы развития потери контроля непосредственно не связаны с психической зависимостью — неудержимого влечения перед экссессом обычно не наблюдается; больные могут отказаться от употребления алкоголя либо вообще не испытывают потребности в опьянении. Однако в опьянении, даже неглубоком, появляется интенсивное влечение с последующим приемом максимальных, явно превышающих толерантность доз алкоголя.

Патологическое влечение при этом психологически не

мотивировано, напоминает витальные потребности и сопровождается своеобразными физическими ощущениями. По сообщениям больных, эти ощущения сходны с «жаждой, голодом», хотя и не идентичны им: «Организм требует... Это физиологическая потребность, не связанная с психологией... Все внутри горит, как огнем жжет... Заусило, сосет внутри, требует... Труба горит, выпить надо...». Это непреодолимое, полностью подавляющее волю влечение: «Тяга жуткая, адская, неотвратимая, трудно сравнить ее с чем-нибудь еще... Кажется, все готов отдать за глоток спиртного... Только бы выпить, ни о чем другом уже не думаешь...». Влечение отличается также ненасыщаемостью — прием алкоголя не приносит облегчения: «Пьешь и не можешь напиться... Пьешь захлеб, как воду, не чувствуется, что это водка...». Признаки обычного алкогольного опьянения, — эйфория, псевдофилософские рассуждения, сентиментальность и др. — отсутствуют, преобладают тревога, раздражительность, нетерпеливость (Короленко, 1973). Больные употребляют алкоголь «без желания, охоты», даже с отвращением, видимым затруднением, испытывая неудержимое стремление получить ожидаемый от приема спиртного эффект облегчения.

Симптом потери контроля формируется обычно не сразу, а постепенно. На ранних этапах развития он проявляется снижением количественного контроля. В состоянии умеренного опьянения возникает желание продолжить выпивку, однако влечение не является непреодолимым и больные в состоянии прервать эксцесс, если на пути его продолжения встречаются серьезные препятствия. Употребление чрезмерных количеств алкоголя облегчается возникшей в опьянении расторможенностью влечений, во многом определяется преморбидно обусловленной слабостью контроля побуждения, неспособностью противостоять давлению компании, провоцируется предшествующими эксцессу психогениями. Позднее формируется собственно утрата количественного контроля — после употребления так называемой критической дозы алкоголя, индивидуальной в каждом конкретном случае, но обычно небольшой и вызывающей легкое опьянение, возникает непреодолимое влечение с последующим неконтролируемым приемом спиртных напитков. Наконец, может наблюдаться симптом первой рюмки — неудержимое влечение возникает тотчас вслед за приемом незначительной начальной дозы алкоголя. При этом утрачивается прежде присущий больным ситуационный контроль — если ранее они сохраняли способность скрывать склонность к тяжелым алкогольным эксцессам, выпивая, например, в одиночку либо в условиях, исключающих дискредитацию в глазах окружающих, то теперь это удастся им не столь успешно либо не получается вообще.

В некоторых случаях симптом потери контроля формируется быстрее обычного, иногда выявляется с момента первого контакта с алкоголем. Как указывает Ц. П. Короленко (1973), это может быть связано с воздействием дополнительных вредностей: последствий травм головного мозга, нейроинфекций, различных отравлений. Его развитию способствуют также микросоциальные условия, «санкционирующие» эпизодическое употребление больших доз алкоголя.

Механизмы, лежащие в основе симптома потери контроля, не изучены. Как полагают Е. М. Jellinek (1962) и Ц. П. Короленко (1973), они связаны с повышением в опьянении расстройств, обусловленных метаболическими нарушениями и близких к тяжелому алкогольному похмелью: беспокойства, состояния дискомфорта, дрожания пальцев и губ, легких судорожных подергиваний отдельных мышц, усиления тревоги и раздражительности. Все эти явления успешно снимаются приемом очередной дозы алкоголя, однако вскоре возникают вновь, в результате чего употребление алкоголя продолжается. Короткий купирующий эффект действия спиртных напитков объясняется указанными авторами явлением «краткосрочной аккомодации центральной нервной системы к алкоголю», наступающей при неизменной концентрации алкоголя в крови в интервале от 30 минут до 1 часа. Наблюдения за больными с алкогольной зависимостью между тем показывают, что симптом контроля в описанном варианте встречаются далеко не у всех. Значительная часть пациентов подтверждает факт влечения в опьянении, но отрицает высокую его интенсивность. Неудержимый характер влечения встречается у пациентов с преморбидно возбудимой, торпидной личностью либо у тех из них, кто стал таковым в болезни.

Симптом потери контроля, по мнению Е. М. Jellinek и Ц. П. Короленко, характерен для гамма-формы алкоголизма.

К проявлениям физической зависимости относится также физическая потребность в алкоголе, возникающая вне опьянения и абстиненции, обусловленная, как полагают, нарушениями метаболизма, расстройствами эндокринных функций и другими соматическими причинами. При наркоманиях данный вариант патологического влечения может быть поставлен в связь с описанным И. В. Стрельчуком (1956) феноменом, псевдоабстиненции, в целом повторяющим симптоматику истинной абстиненции и в ряде случаев являющимся причиной рецидива заболевания. Состояния типа псевдоабстиненции, возникающие аутохтонно либо циклически, описаны также при алкоголизме (Портнов, Пятницкая, 1973; и др.). Наряду с характерными для абстиненции вегетативными расстройствами при этом

возникают аффективные нарушения: подавленное настроение, возбужденность, непоседливость, раздражительность. Наблюдается интенсивное патологическое влечение к алкоголю. Оно может возрастать до такой степени, что сопровождается галлюцинациями вкуса и запаха алкоголя.

Появление и характер физической зависимости изменяют форму потребления алкоголя и наркотиков.

Употребление алкоголя, обусловленное физической зависимостью, может принимать следующие формы:

1. Постоянное употребление алкоголя, неоднократное в течение дня в дозах, не вызывающих явлений выраженного опьянения — невозможность воздержаться от приема алкогольных напитков. Алкоголь употребляется с целью купировать либо предотвратить наступление алкогольного похмелья. Наблюдается при дельта-форме алкоголизма.
2. Эпизодическое, чаще скрытое, одиночное употребление больших доз алкоголя без последующего опохмеления. Связано с симптомом потери контроля.
3. Постоянное употребление больших доз алкоголя с последующим, отставленным на вторую половину следующего дня опохмелением. Последнее приводит обычно к очередному эксцессу.
4. Запой — циклически наступающие приступы тяжелого пьянства, во время которых ярко выражены и доминируют явления физической зависимости. Запой заканчивается с появлением аверсионной симптоматики либо угасанием патологического влечения.
5. «Ложные запои» — отличаются от истинных меньшей выраженностью симптомов физической зависимости, отсутствием четкой периодичности возникновения, определенной продолжительности, а также большей зависимостью их тяжести и течения от внешних условий. Граница между истинными и ложными запоями не является абсолютной. Скорее это различие между больными, а не симптомами.
6. Перемежающееся пьянство — на фоне постоянного употребления алкоголя время от времени отмечается появление запоев.

При наркомании развитие физической зависимости приводит к постоянному, часто неоднократному в течение дня употреблению наркотических веществ. Перерывы большей

частью вынуждены и возникают в связи с отсутствием требуемого препарата либо изоляцией больного. В такие периоды больные охотно прибегают к приему других веществ либо их комбинации. Иногда больные сознательно делают «обрывы» с тем, чтобы временным воздержанием снизить дозу требуемого наркотика. Эфедроновая наркомания протекает в форме циклических эффектов.

Синдром измененной реактивности. Понятие, использующееся некоторыми исследователями для обозначения симптомов зависимости, отражающих изменение чувствительности физиологических систем организма к токсическим веществам, наступающее в ходе заболевания. Показателями измененной реактивности являются следующие симптомы:

Изменение толерантности. Толерантность или переносимость токсических веществ меняется закономерным образом. В начальной стадии заболевания она возрастает. Толерантность к алкоголю, превышающая в два-три раза изначальную физиологическую, может рассматриваться в качестве одного из ранних признаков болезненного пристрастия, хотя признак этот, весьма условный, не может быть установлен на практике сколько-нибудь точно. На высоте заболевания толерантность становится максимальной и относительно устойчивой — симптом плато-толерантности. При барбитуромании она может увеличиваться в восемь-десять раз, при морфинизме — в 100—200 раз. При алкоголизме толерантность возрастает в восемь-двенадцать раз. Нам встречались пациенты, которые оказывались способны выпить в ходе одного эксцесса (за 4—6 часов) до шести литров 40 % алкоголя. Характерна оптимистическая реакция больных на подъем толерантности — чаще всего это рассматривается как свидетельство физического здоровья и служит предметом особой гордости. В исходной стадии болезненной зависимости возникает интолерантность — снижение выносливости и уменьшение доз токсических веществ, вызывающих выраженное опьянение. Подобным же образом выглядит возрастная динамика толерантности к опьяняющим субстанциям. Показатели болезненной толерантности носят, следовательно, весьма относительный, количественный характер и не могут быть использованы в качестве теста на болезнь.

С ростом толерантности тесно связан симптом, выражающийся утратой защитных физиологических реакций на действие наркотиков и алкоголя — митридатизм (Митридат, понтийский король — фармаколог, знавший о привыкании организма к ядам). Так, по мере привыкания к наркотикам опиино-морфинной группы исчезает зуд, к снотворным и гашишу — профузный пот, икота, слюнотечение, резь в глазах, чувство

дурноты, тошнота, рвота, головокружение. При курении гашиша. исчезает также острое чувство страха, иногда возникающее в опьянении при первых контактах с наркотиком. При алкоголизме утрачивается рвотный рефлекс — симптом, описанный А. А. Портновым (1959). С повышением толерантности становятся все менее заметными в опьянении расстройства координации движений, дизартрия. Вероятно, это одна из причин часто встречающейся у больных алкоголизмом неспособности адекватно оценивать глубину собственного опьянения — симптом, описанный в минувшем столетии русскими авторами.

Изменение клинической картины опьянения. Трансформация опьянения на первых порах проявляется ослаблением седативного действия алкоголя и наркотиков. Эйфория и подъем психической активности на этом этапе заболевания выражены наиболее отчетливо. Далее наблюдается постепенное ослабление эйфории опьянения, и на первый план выступает стимулирующий эффект действия токсических веществ. Наконец, на отдаленных этапах заболевания ослабевает либо исчезает стимулирующий эффект действия наркотиков и алкоголя.

При алкоголизме и барбитуромании в клинической картине опьянения по мере ослабления эйфории возникает склонность к эксплозивным, депрессивным и истерическим реакциям, конфликтность, необоснованная ревность, агрессивность и другие психические нарушения. С наибольшим постоянством и полнотой они обнаруживаются в структуре алкогольного опьянения при гамма-алкоголизме (Короленко, Сибиряков, 1973). При этом наблюдаются подавленное настроение (с озлобленностью, агрессивностью), бредоподобные идеи отношения, преследования, галлюцинаторные симптомы, ложные воспоминания. Возникают нарушения памяти на события, происходившие во время опьянения: алкогольные палимпсесты — выпадение воспоминаний на отдельные детали происходившего и алкогольные амнезии или затемнения памяти — обширные выпадения воспоминаний на период опьянения, не связанные с патологией сознания. В опьянении могут возникать нарушения на уровне витальных потребностей. Так, в гашишном опьянении возникают булимия, полидипсия, усиление полового влечения. В состоянии морфинного опьянения наступает подавление витальных влечений. В опьянении у больных алкоголизмом нередко встречается алкогольная анорексия. Вообще в опьянении может наступать декомпенсация психических аномалий разного генеза. Например, некоторые особенности поведения больных шизофренией нередко впервые обнаруживаются в алкогольном опьянении. Это же касается последствий травм головного мозга, эпилепсии, аффективных расстройств и т. д.

Любопытно, что наблюдения такого рода легли в основу некоторых народных традиций. По преданию, в Сибири, например, существовал некогда обычай, по которому невеста, выбирая жениха, должна была увидеть его в состоянии опьянения. Если поведение опьяневшего оставалось более или менее адекватным, без странностей, аффектов и агрессии, это фактически означало, что он психически здоров и ему можно доверить семью. В начале алкоголизма в опьянении могут возникать кожно-аллергические реакции, связанные с приемом определенных алкогольных напитков. Существует мнение, что такого рода реакции отражают наличие защитных противоалкогольных механизмов.

Существуют разные подходы в оценке клинической структуры и динамики опьянения. В клиническом плане принято разграничивать простое, измененное (атипическое, осложненное) и патологическое формы алкогольного опьянения. По содержанию алкоголя в крови различают опьянение легкой степени (до 2 ‰), и средней (от 2 ‰ до 3 ‰), тяжелой (от 3 ‰ до 5 ‰) и смертельной (свыше 5 ‰)—правило, из которого есть немало исключений.

Простое опьянение характеризуется изменениями психологических функций, явлениями регрессии личности, отклонениями в поведении, а также моторными, вегетативными, соматическими нарушениями. Простому опьянению не свойственны психотические и аффективные расстройства, а также нарушения поведения, которые могли бы расцениваться как психопатоподобные. Нарушения сознания протекают по типу нарастающего оглушения сознания. Контроль за поведением в легкой и, отчасти, средней степени опьянения сохраняется, факт опьянения осознается вполне отчетливо.

Измененное или осложненное опьянение, в отличие от простого, характеризуется психопатоподобной симптоматикой, аффективными нарушениями, а также гипопсихотическими явлениями в виде сверхценных образований. Развитие осложненного опьянения связывают с влиянием дополнительных вредностей (психогении, истощение, соматическое заболевание, недосыпание и др.), резидуальной органической недостаточностью головного мозга, наличием акцентуированной и психопатической структуры личности. Г. В. Морозов (1983) различает следующие варианты осложненного опьянения: эксплозивный, дисфорический, истерический, депрессивный, опьянение с импульсивными действиями, маниакальный, эпилептоидный, параноидный и опьянение с явлениями сомноленции. Сходными являются классификации осложненного опьянения у других авторов. В них не находится места состояниям опьянения с

психотическими симптомами, наблюдающимися у пациентов с сочетанными формами патологии (например, алкоголизма и шизофрении) и не относящимися к собственно патологическому варианту опьянения.

Патологическое опьянение представляет собою острое и непродолжительное (в пределах нескольких часов) психотическое состояние, возникающее под влиянием алкоголя (доза может быть незначительной) у психически здоровых субъектов. Признаков моторного опьянения при этом не выявляется, а в тех случаях, когда патологическое опьянение вырастает из простого, атаксия исчезает. Различают три формы патологического опьянения: сумеречную, галлюцинаторную и бредовую (перечень по признаку убывания тяжести психотических проявлений). Сумеречный (эпилептиформный) вариант патологического опьянения проявляется сумеречным помрачением сознания, в клинической картине которого представлены галлюцинации, бред, аффект ярости и гнева, а также более или менее упорядоченное внешнее поведение или сильнейшее психомоторное возбуждение. Действия пациентов в это время носят агрессивный, разрушительный характер. Характерна тотальная конградная амнезия. Галлюцинаторный и бредовый варианты патологического опьянения не сопровождаются глубоким помрачением сознания. Несколько иными являются также аффективные расстройства — преобладают тревога, страх, ужас. Внешние действия пациентов, обычно последовательные, тем не менее остаются агрессивными, разрушительными и направлены против окружающих, реже против себя. Типичного для аффекта ужаса поведения (паническое бегство) не наблюдается. В галлюцинаторном варианте опьянения преобладают слуховые и зрительные обманы восприятия, содержание которых созвучно преобладающему аффекту. Об этом можно судить по отдельным репликам пациента и отрывочным воспоминаниям о психотических расстройствах. В параноидном варианте доминируют острые персекуторные бредовые идеи (бред восприятия). Амнезия неполная. Патологическое опьянение относится к исключительным состояниям — состояниям, исключающим вменяемость. Встречается очень редко. Как правило, не повторяется дважды у одного и того же человека.

Приведенная — классификация касается лишь алкогольного опьянения. Между тем встречаются различные варианты опьянения при употреблении наркотиков, токсических субстанций, лекарственных препаратов, средств для наркоза. Клинико-патогенетической классификации опьянения вообще не существует. Необходимость в этом, однако, очевидна, и есть, как мы считаем, возможность построения такой рабочей классификации на основе шкалы тяжести психических

расстройств. В самом общем виде все формы опьянения отчетливо распадаются на две большие группы: продуктивные и непродуктивные. Продуктивные формы опьянения могут быть охарактеризованы по определяющей их клиническую структуру продуктивной симптоматике. Это опьянения с аффективной патологией (разнообразные интоксикационные маниакальноподобные и депрессивные состояния), опьянения со сверхценными и бредовыми (паранойальными) явлениями, параноидные, галлюцинаторные и, возможно, кататоноподобные опьянения и, наконец, опьянения с помрачением сознания. Патологическое опьянение—частная форма продуктивного опьянения. Состояния опьянения с невротическими расстройствами (деперсонализация, обсессивно-фобические и другие нарушения, по-видимому, не встречаются. В рамках продуктивного могут быть выделены осложненные формы опьянения — продуктивные расстройства возникают в данном случае в связи с имеющимся заболеванием, обострением свойственной ему симптоматики.

Непродуктивные формы опьянения характеризуются дефицитарной симптоматикой. Могут быть разграничены атипичные, психоорганические и простые варианты опьянения. Атипичные формы опьянения проявляются неадекватными реакциями на ситуацию и психогенные воздействия, психопатоподобным поведением. Психоорганическое опьянение имеет своей особенностью наступающий под влиянием интоксикации глубокий регресс личности, декомпенсацию или усиление мнестико-интеллектуальной недостаточности. Простое опьянение отличается оглушением сознания, наступающим в глубокой или средней степени интоксикации.

Приведенная классификация могла бы, на наш взгляд, быть полезной для идентификации состояний опьянения разной этиологии и оценки их динамики в ходе заболевания.

ВМЕСТО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

Психопатология.
Часть II

В.А. Жмуров

Эта книга — всего лишь робкая попытка привлечь внимание читателя к бесконечно сложной, многообразной и в сущности малоизведанной области психических отклонений. Психопатология делает только первые шаги, стать подлинной наукой ей еще предстоит. Главное в книге — не сумма клинических фактов, а стремление повысить мотивацию студента, врача к самостоятельным исследованиям, побудить к серьезным размышлениям. Это особенно актуально теперь, когда ценности психического и духовного здоровья приобрели исключительно важное значение. Наш внутренний мир очень хрупок, слишком раним, он требует крайне бережного и чрезвычайно ответственного отношения. Иначе все, что в

этой жизни делают люди, просто теряет всякий смысл.

ПРИЛОЖЕНИЕ. НАРКОМАНИЧЕСКИЙ СЛЕНГ

Психопатология.
Часть II

В.А. Жмуров

Сленг — особый род языка социально обособленной группы лиц, объединяемой каким-либо видом деятельности. У представителей любой профессии помимо специальной терминологии можно встретить речевые формы (слова, выражения, манера произношения, особенности ударения, характерные обороты, подчеркивающие определенные семантические оттенки), складывающиеся в ходе постоянного общения и понятные только в данной среде. Это закономерно, поскольку осознание новых явлений, связей, специфических значений, формирование иных отношений неизбежно влечет потребность в их словесном обозначении и побуждает к развитию и совершенствованию речевых средств. Тем не менее, собственно сленг, исключая отдельные профессиональные изоляты, не формируется — служебный лексикон в достаточной мере обеспечивает прочные и эффективные коммуникации.

Совершенно особую, порой исключительно важную роль выполняет сленг внутри антисоциальных групп лиц.

Во-первых, он предназначен для отображения явлений, выходящих за рамки стандартов нормальной жизни и решительно отвергаемых ею. Последнее обстоятельство является основной причиной, почему из лексики господствующего разговорного и литературного языка элиминируются выражения, обозначающие запретные объекты и действия, а частично сохраняющиеся — фиксируют их осуждение, порицание. Нетрудно усмотреть в этом действие морально-этических принципов, принятых в данном обществе. Сленг не только обозначает противоречащие морали и закону явления, он выражает и определенное отношение к ним — эпически-нейтральное, положительное либо несколько высокомерное и пренебрежительное. Последний момент может быть поставлен в связь с существовавшей ранее и отчасти сохранившейся в настоящее время кастовостью в среде наркоманов, элитарностью некоторых их групп, презиравших представителей «низших сословий», например, алкоголиков. Сленг определенно способствует сохранению и воспроизводству антисоциального опыта.

Во-вторых, формирование сленга обусловлено тем, что его носители большей частью не пользуются профессиональным медицинским и юридическим языком из-за незнания, его сложности, но главное — неприятия и оппозиционного отношения к его эмоциональному контексту, подчеркивающему негативное отношение общества к

антисоциальному явлению, в данном случае, к наркомании. Существует, следовательно, «естественная» необходимость в сленге, его появление и развитие становится неотвратимым, во всяком случае до тех пор, пока сохраняются его материальные предпосылки. Антисоциальный сленг выполняет, помимо указанных выше, другие служебные функции. Например, сигнальные, поскольку является своего рода паролем, позволяющим осознать «своего» среди прочих, облегчает специфические контакты. Наркоманы с поразительной легкостью находят собратьев по губительному ремеслу. Отказавшиеся от противоправной деятельности лица тщательно избегают использовать симптоматичные для их прежней среды языковые формы. Сленг выполняет также защитные функции, так как в большинстве случаев остается малопонятным для окружающих. В какой-то мере это снижает риск разоблачения и при определенных обстоятельствах сулит известные преимущества.

Криминалисты обратили внимание на фразеологию уголовных элементов, проституток, гомосексуалистов, наркоманов. Существуют и постоянно обновляются специальные словари.

Психиатрам и наркологам хорошо известно, что больные наркоманиями, алкоголизмом и токсикоманиями широко пользуются своим особым языком. Между тем эта сторона жизни больных не получила пока должного отражения в специальной литературе, хотя интерес к ней не лишен практического смысла. Знание наркоманического сленга значительно облегчает общение с больными, диагностику, позволяет более дифференцированно оценивать их состояние, степень привыкания и пристрастия. Сленг можно считать существенно важным клиническим признаком указанных заболеваний. Может привлечь внимание, кроме того, клинико-филологический аспект этого вопроса: происхождение сленга, структура неологизмов, что несомненно, также характеризует духовную атмосферу в среде наркоманов. В беседе с наркоманом можно наблюдать, как, не находя адекватного выражения из общепринятого лексикона, он на глазах «творит» новые, искажая на свой манер обычные слова. Наркоман не просто знает свой язык, он «пропитан» его духом. Многие слова из сленга возникли путем коверкания литературного языка. Оттенок вербигерации в словотворчестве позволяет предполагать, что в формировании наркоманической неоглоссии деятельное участие принимают душевнобольные, оставшиеся нераспознанными из-за мощного нивелирующего воздействия на личность наркоманической зависимости.

Сходство сленга наркоманов, алкоголиков и токсикоманов определенно указывает на психологическую общность больных, возможность комбинаций и взаимопереходов между этими заболеваниями.

В данном разделе предлагаемой работы отражена попытка систематизировать собственные наблюдения, а также встречающиеся в наркологической и психиатрической литературе сведения о языке больных с наркоманической зависимостью. Собственно о языке тут говорить не стоит, речь идет об отдельных словах и выражениях, сумму которых нельзя считать завершенной, всюду одинаковой. Наряду с широко известными и везде встречающимися выражениями среди наркоманов, существуют «диалектные» слова и выражения, нигде, кроме данной местности, не распространенные, что также интересно, поскольку может указывать на географию соответствующей формы пристрастия либо независимое ее появление в разных местах. Встречается много параллельных, возникших на основе языков разных народов, оборотов сленга. Одни обозначения являются «осколками» медицинской лексики, выдавая тем самым своих авторов, другие — связаны своим происхождением с лагерным жаргоном и указывают, что места лишения свободы способствуют развитию наркомании. Часть слов берет начало от внешнего вида, технологии приготовления и практики применения наркотиков. Целая группа неологизмов изобретена для описания состояний опьянения, абстиненции, других симптомов заболевания и, надо отметить, клинические проявления отражены в них достаточно полно и весьма дифференцированно. Наряду с многочисленными синонимами нередко встречаются групповые термины с использованием одного и того же слова для обозначения разных наркотиков или состояний. Употребляется много случайных, временных неологизмов, служащих «сырьем» для последующей шлифовки и отбора в устойчивые элементы сленга.

Знакомство с наркоманическим сленгом показывает, что разные формы наркомании представлен в нем неодинаково. Наибольшее число слов связано с гашишизмом, несколько меньше — с опийно-морфинной наркоманией и только отдельные «термины» выдают существование прочих форм наркоманий. В последние годы появилось и быстрыми темпами увеличивается множество токсикоманических неологизмов. Постоянно пополняется лексикон алкоголиков. Удельный вес тех или иных неологизмов связан, очевидно, с частотой и распространенностью соответствующей формы пристрастия. Наибольшей активностью в употреблении сленга отличаются

начинающие и молодые наркоманы — опытные понимают друг друга без слов. Стремительное расширение наркоманического сленга идет за счет молодых людей. Бедная представленность в сленге некоторых наркоманий и токсикоманий может быть связана с быстрым снижением интеллекта, препятствующим словотворчеству. Сравнение сленга наркоманов и алкоголиков показывает, что сленг наркоманов не распространяется на объекты, не связанные с пристрастием, он более замкнут, аутичен. Жаргон алкоголиков не столь разработан и отточен (он более органичен, в нем видны следы энцефалопатии), но он более открыт, в нем выражается отношение не только к алкоголизму, но и другим сторонам жизни.

Предполагаемый ниже словарь не претендует на законченность и полноту. Тем не менее врачу-наркологу, судебному психиатру знакомство с ним может быть полезно в работе с больными.

ПРИЛОЖЕНИЕ. СЛЕНГ БОЛЬНЫХ НАРКОМАНИЕЙ И ТОКСИКОМАНИЕЙ

Психопатология.
Часть II
В.А. Жмуров

А

Автомат — медицинский шприц

Акксрдеон — плитка чаю Ак-наша. — белый гашиш

Алики — алкоголики

Алберка — медицинский шприц

Амнуха — ампула с морфием

Антрацит — гашишная масса, опий-сырец

Аппарат — медицинский шприц

Б

Байкал — слабо заваренный чай

Байкальчик — засохший сок на изломах стеблей мака

Балдеть — веселиться, предаваться опьянению

Банковать — продавать наркотики

Башмак — плитка чаю

Баш, бош — порция анаши

Баян — медицинский шприц

Белая, беляшка — морфий

Бензолка — кодеин, желудочные капли с наркотиком

Бешенка — этаминал натрия

Блат-хата — место хранения и сбыта наркотиков

Блюдце — место встречи наркоманов

Бодыли — стебли конопли, мака

Бодяжить — растворять, экстрагировать, процеживать наркотик

Божья коровка, божья трава — гашиш, конопля

Больная дрянь — анаша низкого качества

Брикет — упаковка таблеток с наркотиком

Булка — ягодица

Быть в хмарах — находиться в наркотическом опьянении

В

Вагон — пачка чаю

Валторна — ягодица

Веревка — наркотик

Веревку глотать — употреблять наркотик перорально

Варенка — вид гашиша

Вкуривать — курить анашу, глубоко затягиваясь и задерживая дыхание

Вмазаться — ввести наркотик парентерально

Волок, волокуша — одна из фаз наркотического опьянения

Воткнуться — дышать парами токсического вещества.

Втирать — употреблять одурманивающие вещества посредством аппликации

Вторяк — вываренный опий, анаша, «пробитая» второй раз

Вышмолить — выкурить папиросу с анашой

Вязать — то же, что «понимать»

Г

Гадость — наркотики

Галичка—доза анаши на одну папиросу

Галька — анаша, слепленная в комочки

Галюки, глюки — галлюцинации в наркотическом опьянении

Гарахан — опий

Гатоустрица — жидкое лекарство с опиумом

Гаян — опий

Гаян-базар — место сбыта опия

Глатокеша — наркоман

Голубизна — морфий

Гонка — то же, что «шугняк»

Граммфон — анаша

Грае — анаша

Грелка — анаша

Гута — наркотики для парентерального введения

Д

Двойка, пятерка, семерка — название таблеток паркопана

Деготь — крепкий чай

Джеф — эфедрон

Джингони — курильщик наркотиков

Догнаться, догоняться — принимать дополнительную дозу наркотика

Докидываться — принимать таблетки для усиления опьянения

Долбит кумор — обозначает абстиненцию

Дом — анаша

Дори — наркотики

Драп, дура — анаша

Драть лапти — собирать анашу на плантации конопли

Дринкари — алкоголики

Дуд — анаша

Дудки — вены

Дурковать — употреблять токсические вещества с целью вызвать психотическое состояние

Дурмашина — медицинский шприц

Дурочка — отделение психиатрической больницы

Дуру гнать — симулировать помешательство

Дурь женатая — анаша с табаком

Дурцедило — медицинский шприц

Дым — анаша

Дыр — наркотик

Дырка — канал связи для приобретения наркотика

Дышло — токсическое вещество с одурманивающими парами

Ж

Желуди — желудочные таблетки с наркотиком

Желтенькие — препараты с кодеином

З

Забить золь — вмонтировать в папиросу порцию анаши

Забить косую — приготовить папиросу с анашой, закурить такую папиросу

Заболтать — приготовить наркотик для парентерального введения

Заварить — нагреть и спрессовать гашишную массу

Зайцы — лица, привлекаемые токсикоманами и наркоманами для проведения опытов за действием неизвестных веществ

Заноза — игла к шприцу, медицинский шприц

Задвинуться — ввести наркотик парентерально

Замолодиться — принять дополнительную дозу наркотика

Закидывать — пить таблетки с целью опьянения

Закумариться — опьянеть, принять наркотик с целью купировать абстиненцию

Замороженный — наркоман с явными психическими сдвигами

Зараза — наркотики

Заторчать — закурить папиросу с анашой, погрузиться в опьянение

Зеленка — зеленые побеги конопли (анаша, получаемая из них, при курении вызывает сильные головные боли)

Зерно — таблетки с наркотиком

Золь — анаша

И

Измена — чувство страха в гашишном опьянении

Испартаченный — татуированный

К

Казать масть — определять качество наркотика

Кайф, кейф — опьянение

Кайф ломчатый — опьянение с дискомфортом

Кейф-базар — притон наркоманов, место сбыта наркотиков

Кайфики — галлюцинации в опьянении

Калики — таблетки с наркотиками, порошки, таблетки кодеина

Карахан — опий

Катать колеса — пить таблетки с целью опьянения

Катюха — кодеин

Кашкар — наркотики

Квадрат — место встречи наркоманов

Кенаф — гашиш

Кеф — порция анаши

Киф — анаша

Киш-миш — наркотики

Кожаные — начинающие наркоманы, не умеющие самостоятельно вводить наркотик в вену

Кобыла — медицинский шприц

Кока — кокаин

Кокнар, кухнар, кохнар — отвар из стеблей мака

Кокс — кокаин

Колеса — таблетки, вызывающие опьянение

Колун — наркоман, который «колется»

Композитор — крепкий чай

Контора — место встречи наркоманов

Костыль — папироса с анашой

Кошки — наркотики

Кровосос — сбытчик наркотиков

Кролики — лица, подвергшиеся опыту по воздействию неизвестных веществ

Кропаль, кропалик, большой кропаль — дозы анаши

Кропалить — начинать папиросу анашой

Кругляк — гашиш в виде шариков; полинаркоман

Куба — пачка чаю

Кузьмич — «пробитая» конопля, зажаренная на маргарине

Кумар — абстиненция (самочувствие после выхода из опьянения)

Кумарики — галлюцинации в абстиненции

Крыша капает, течет, съезжает, едет — разные степени опьянения

Кукла — завернутые в тряпку листья конопли

Л

Лайба — медицинский шприц

Лепила — врач, работающий в лагере для заключенных

Лизнуть — принять наркотик, приготовленный в виде порошка

Ловить, словить кайф — почувствовать удовольствие в опьянении

Ломка — абстиненция

М

Мазута — крепкий чай

Малинка — сильно действующее снотворное, смесь опия и

хлороформа

Манагуа — анаша с молоком

Марафет — кокаин

Марка — ватка, кусочек бинта, используемые при сборе сока мака

Марочка — тряпка, в которую заворачивают листья конопли при изготовлении «химки»

Марфа, марьяна, марфуша — морфий

Машина — медицинский шприц

Мастырка — папироса с наркотиком

Мойка — лезвие для надрезания коробочек мака

Моль — анаша

Моргалики — таблетки, вызывающие опьянение

Мороз — морфий

Морцефаль — морфий

Мулька — эфедрон

Мультики — галлюцинации в опьянении (в зависимости от степени токсичности могут быть цветными, черно-белыми. Например, при вдыхании паров бензина с высокооктановым числом, галлюцинации чаще цветные

Мускал — 5,0 г опия сырца

Мякина — конопля, анаша

Н

Накрахмалить — пропитать кусочек тряпки раствором наркотика

Накс — таблетки ноксирона

Нарк — наркоман

Наркоша — наркотики

Нас — жевательная смесь, включающая табак, известь и другие ингредиенты

Насос — медицинский шприц

Насосаться — накуриться (как и другие, этот термин указывает на существование особой технологии курения, состоящей из специально разработанных приемов, облегчающих, наступление опьянения).

Недогон — начинающий курить анашу

Нифеля — отходы конопли, не содержащие наркотик

Ништяк — остаток анаши в «пяточке» папиросы

О

Обезьяны — начинающие наркоманы, подражающие более опытным

Облом — утрата «кайфа» под влиянием неприятных внешних впечатлений

Оборотка, обратка — вена

Обторчаться — накуриться анаши

Обфаниться — то же самое

Обшабиться — то же самое

Окавалок — большой кусок анаши

Омолодиться — снизить толерантность, уменьшить требуемую для опьянения дозу наркотика путем временного прекращения его приема

Оторва — таблетки, вызывающие опьянение

Отходняк — состояние, возникающее на выходе из опьянения (наркоманы разграничивают его с абстиненцией)

Отходнячок — состояние лени после опьянения

Отходной лом — абстиненция

П

Палки — стебли конопли

Палочка — порция опия в свернутом трубочкой целлофане

Палтикаян — опий

Паль — анаша

Парк — паркоман

Пахтач — анаша

Пенделе — таблетки пенталгина

Первяк — конопля, «пробитая» первый раз

Песок — анаша

Пилим — папироса с анашой

Пионеры — начинающие наркоманы

План — анаша

Плановой, планакеша — анашист, сборщик конопли

Пластилин — опий-сырец, анаша

Плюха — доза анаши

Приход — начальная, скоротечная фаза наркотического опьянения при парентеральном употреблении наркотика — «кайф на кончике иглы»

Подогнать травки — снабдить наркомана анашой, когда он находится в больнице или заключении

Подогрев — наркотики, которыми друзья снабжают наркомана, находящегося в изоляции

Подышать — надыхаться парами токсических веществ до опьянения

Подшабить — позаимствовать папиросу с анашой, покурить

Поймать кайф — почувствовать удовольствие в опьянении

Пойти похехекать — пригласить, откликнуться на приглашение покурить анашу

Понимать — почувствовать на себе привлекательность опьянения

Поставить фацу — украсть наркотик из аптеки, больницы

Пристроиться на иглу — перейти на парентеральный прием наркотика

Пробивуха — просеянная масса измельченных листьев конопли

Пруха — одна из фаз опьянения

Пульман — упаковка таблеток, вызывающих опьянение

Пунш — смесь вина с дурманящим веществом

Пшеничка — морфий

Пшено — папиросы с наркотиком

Пчелка — игла к шприцу

Пыль — просеянная масса измельченных листьев конопли, подвергаемая затем температурной обработке

Пятак — лепешка анаши

Пятачок, пяточка — окурок папиросы с анашой

Пятелка — игла к шприцу

Р

Развить дозу — привыкнуть к большим дозам наркотика

Раскумариться — наслаждаться опьянением после долгого перерыва, купировать абстиненцию

Раскумиться — приготовить крепкий чай, напиться такого чаю

Распухнуть — выражение неодобрения, означает: опьянеть на дармовщину

Раствор — отвар из коробочек опийного мака

Рубиновка — высохший сок мака

Ручник — анаша, собранная вручную

С

Самоварка — опий-сырец, опий, изготовленный кустарно

Самосвал — медицинский шприц

Сары — анаша

Сделать подкурку — накуриться анаши

Седло — ягодица

Сенцо — конопля, анаша

Свиняк — булимия в гашишном опьянении

Серики — таблетки, вызывающие опьянение

Сивушники — алкоголики

Сидеть на чем-либо — употреблять в данное время определенный вид наркотика

Симплек — настойка опиума

Смаль — анаша

Смешной табак — анаша

Снежок — кокаин

Смола — анаша

Сохнут трубы — выражение, указывающее на тромбофлебит, облитерацию вен, возникшие вследствие введения наркотиков в вену

Спрыгнуть, сходить с иглы — прекратить парентеральный прием наркотика

Стандарт — упаковка таблеток, вызывающих опьянение

Стекляшка — ампула с наркотиком

Струна — игла к шприцу

Султыга — самодельный опий

Сухта — выпаренный экстракт опия

Сушняк — морфий, сухость слизистых оболочек в опьянении

Т

Тарч — опьянение

Таск — одна из фаз наркотического (преимущественно опиино-морфинного) опьянения

Тащит отлетно — выражение удовлетворения опьянением

Тасковать, тосковать — находиться в опьянении, наслаждаться им

Таян, тоян — опий-сырец

Терьяк — опий; масса, образующаяся после вываривания коробочек мака

Тилло-наша — «золотой» гашиш

Торчок — наркоман; посторонний, маячащий неподалеку

Травка — конопля, гашиш

Трактор — медицинский шприц

Трасса — следы внутривенных вливаний наркотика

Третьяк — конопля, которую «пробили» три раза

Три фук, три пшик — смесь пива с хлорофосом

Тройка — медицинский шприц

Трубы, трубки — вены

Труха — конопля, сырье для изготовления анаши

У

Убиться — накуриться анаши

Убитый — находящийся в наркотическом опьянении

Уголок — папироса с анашой

Уколоться, ужалиться — ввести наркотик парентерально

Ушел на золотой — умер от передозировки наркотика

Ф

Фагать — курить анашу

Фанить — курить анашу

Фуркать — курить анашу

Фурункул — этаминал натрия

Фуфляк — гематома в месте вливания наркотика

Х

Хандра — «самопальный» опий

Ханка, хапка — опий

Хапнуть — принять наркотик перорально

Химка — одна из наиболее токсичных разновидностей анаши, изготавливаемая при помощи растворителей. По свидетельству наркоманов, спустя короткое время (в течение полугода) приводит к тяжелым психическим сдвигам — «крыша едет»

Химчука — самодельный опий

Химканка — опий, получаемый из головок мака при помощи химических растворителей

Хохма, хохотун — непроизвольный хохот гашишиста в опьянении

Хумер, хумир — абстиненция

Чек — 10,0 г. наркотика

Черная полынь — чай

Чернуша, черняшка — опий-сырец в виде коричневых шариков

Чернота — барбитураты, то же, что химка

Чехнар, чехнарка — крепкий чай

Чибык — 40,0 г наркотика

Чифирь — крепкий чай

Чмо — наркоман, уже ни на что не способный

Чума — кокаин

Чумовой — наркоман в опьянении

Ц

Центряк — вена

Центрово — выражает чувство удовлетворения, одобрения

Цикл — циклодол

Цихнар — крепкий чай

Ш

Шабить — курить анашу

Шала — смесь измельченных листьев конопли и семян

Шалавый — курильщик анаши

Шалама — стебли конопли

Шаламша — листья и стебли использованной конопли

Шан, шана — анаша

Шаравой — опиоман

Шаракеш, шаракеша — морфинист

Ширево — опий; наркотик для парентерального введения

Ширево й, ширяльщик — наркоман, употребляющий наркотики парентерально

Ширка — медицинский шприц

Ширнуться — ввести наркотик парентерально

Ширь — наркотики, вводимые парентерально

Ширя — вываренный опий

Шлак — сырье для изготовления конопли

Шмаль — анаша из пыльцы конопли

Шмалить — курить наркотик

Шмаровоз, шмаровой — курильщик анаши

Шоркнуться — принять наркотик парентерально

Шпигануться — принять наркотик парентерально

Шпильки — иглы к шприцу

Штакет — папиросы с анашой

Шугняк, шуга — чувство страха в гашишном опьянении

ПРИЛОЖЕНИЕ. АЛКОГОЛЬНЫЙ СЛЕНГ

Психопатология.

Часть II

В.А. Жмуров

А

Аквариум — медицинский вытрезвитель

Ампула — бутылка

Антрацит — крепленое вино

Аптека — аптечные настойки

Аршин, аршинчик — стакан, стаканчик, рюмка

Б

«Бабьи слезы» — название винно-водочного магазина

Банка — бутылка спиртного емкостью 0,5 л

Баян — литр водки

Без флага, без родины — бродяга, «бич»

БДС — бродяга «дальнего следования»

Блеваторий — кабинет УРТ

Блевантин — рвота

Бмс — бродяга «местного сообщения»

Бодяга — политура, шеллак

Бомж — бродяга «без определенного места жительства»

Борис Федорович, Боря — клей БФ

Бормотуха — дешевое вино

Боярышня — настойка боярки

Булькнуть — выпить

Быть в завязи — прекратить на время употребление спиртного

Быть на уде, под трахом, под балдой — находиться в алкогольном опьянении

Бураночка — самогон из свеклы

Бусать — пьянствовать

Бусать, по-черному — пить в одиночестве, запиваться

Бусать на халтон, на халяву — пить за чужой счет, на дармовщину

Бухать — пьянствовать

Бухарик — пьяница, алкоголик

Бухой — находящийся в сильном опьянении

В

Вакса — водка

Ванька-встанька — пьяный

Вареха — брага, чача, домашнее вино

Варнат — выпивка в компании с женщинами легкого поведения

Василек — денатурат

Вечный двигатель — водка «Украинская степная»

Вмазать, врезать, вдарить, втереть — напиться

Водяра — водка

Водовка — водка

Вокруг света — название большого магазина

Вооружен и очень опасен — водка «Стрелецкая»

Выхаживаться — заканчивать запой постепенно

В Ригу пойти, поехать — напиться до рвоты

Г

Газ — водка

Гакура — водка

Галстук — селедка

Гаро — самогон

Гарь — алкогольные напитки

Гашира — водка

Гнилуха — дешевое вино

Гонорь — вино

Гопа — место торговли водкой

Гори-гора — жидкость для мытья стекол

Горчиловка — водка

Грызуны — дети

Гуси — бутылки емкостью 0,7 л

Гусыня — банка с вином емкостью 3 л

Д

Дерматин — дешевое вино

Динашка — денатурат

Долгоиграющая— бутылка емкостью 0,7 л

Дори — водка

Дупель — опьяневший до недержания мочи и кала

Дуст — самогон

Дух — пьяный

Е

Елочка — пьяный

Ерофей Павлович — шеллак

Ж

Женить — разбавить вино водой

З

Завязь — промежуток между запоями, ремиссия

Засуха — отсутствие спиртного

Закусывать трикотажем, мануфактурой, рукавом — выражение, связанное с алкогольной анорексией

Захорошело — оценка самочувствия после опохмеления

Заусило — потянуло на продолжение выпивки, указание на вторичное влечение

К

Канновка, канка — водка

Карболка — коньяк

Квакнуть — выпить

Кви — самогон

Кипень — пиво

Колокольчик — название винно-водочного магазина

Колотун — тремор, абстиненция

Коньяк «Три косточки», коньяк с резьбой — тройной одеколон

Корье — пиво

Крякнуть — умереть

Л

Луноход — специальная машина медицинского вытрезвителя

М

Малинка — смесь водки и вина или пива

Медведь бурый — смесь спирта и коньяка

Медведь белый — смесь спирта и шампанского

Междусобойчик — выпивка в узком кругу

Мерзавчик — бутылка емкостью 100,0 г

Мичуринская, ерш — смесь алкогольных напитков

Моргалики — флаконы с аптечными настойками

Мутный глаз — название винно-водочного магазина

Муцифаль — брага

Н

Напиваться в мат, до упора, до сшибачки, до сблева — указание на утрату количественного контроля

Незабудка — медицинский вытрезвитель

Непроливашка — алкоголик с угашенным рвотным рефлексом

О

Обрыв — резкое прекращение запоя

Одуванчик — венерическая больница

Огнетушитель — бутылка емкостью 0,7 л

Огорчиться — выпить самогону, водки

Ожбаниться — напиться

Остаканиться — выпить стакан спиртного

П

Панфуры — лица, предпочитающие аптечные настойки

Папина радость — название винно-водочного магазина

Паровозик — флакон одеколона

Паровозик пустить под откос — выпить флакон одеколона

Пить до отруба — указание на утрату количественного контроля

Пить с тренером — пить в одиночку

Плеснуть под жабры — выпить

Подложные — деньги, утаиваемые на выпивку

Подмлаживать стакан — доливать стакан

Полина Ивановна, Поленька — политура

Полкило — 0,5 л водки

Портяша, Петр Петрович — портвейн

Приест — попойка

Пузырьки — аптечные настойки

Пузырь — бутылка

Пучеглазка — 70 % — ный спирт

Пушнина — бутылки из-под спиртного

Р

Разморозиться — напиться

Рассыпуха — дешевое вино, отпускаемое на розлив

Распрягать — откупоривать бутылку

Резать пузырек — откупоривать бутылку

Рыгаловка — УРТ

Рыгалаторий — кабинет УРТ

Ряженка — водка

С

Сапог — 0,5 стакана водки

Сдавать пушнину — сдавать пустые бутылки

Синдромчик — похмелье

Синеглазка, синявка, синюха — жидкость для мытья стекол

Синенький — денатурат

Сквозняк — название винно-водочного магазина

Спускаться на парашюте, на тормозах — заканчивать запой постепенно

Срамота — спиртное

Стоять на бомбе — просить на выпивку у магазина

Сухарик — сухое вино

Суховей — сухое вино

Терапевт — винно-водочный магазин

Тихари — стукачи

Торпеда — ампула с эспералем

Тренер — бутылка; человек, за счет которого можно выпить

Три бурачка — самогон из сахарной свеклы

Три танкиста, тройник — тройной одеколон

Трепаловка — тремор, похмелье

Труба горит — физические ощущения, сопровождающие

вторичное влечение

Трясаловка — тремор

Удар по печени — попойка

У попа — название винно-водочного магазина

Усугубить — выпить еще, «добавить»

Усидеть — выпить

Ф

Фанфурики — аптечные настойки

Флакушки — аптечные настойки

Фуфло — флакон с кордиамином

Фуфырь — флакон одеколona

Х

Хань — водка

Хряпнуть — напиться

Чебурашки — аптечные настойки

Чернила — вино

Человек и закон — водка «Стрелецкая»

Чертенok — бутылка емкостью 0,25 л

Чертик — флакон одеколona

Чепок — название винно-водочного магазина

Ш

Шатун — больной, который ищет возможность опохмелиться

Шкалики — аптечные настойки Шкурка — пустая бутылка

Шланбой — продажа разбавленных спиртных напитков

Я

Янтарь — вино

Яшки — лица, сопровождающие цистерны с вином (они крадут и торгуют им из-под полы)

Психопатология.

Часть II

В.А. Жмуров

ТЕСТ "ДЕПРЕССИЯ"

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ К ТЕСТУ

Ф. И. О _____

Дата исследования _____

Клинический диагноз с указанием нозологической формы и синдрома

Инструкция: Тест состоит из 44 групп утверждений. Выберите из каждой группы утверждение, которое более других соответствует Вашему самочувствию (мнению) и внесите номер этого утверждения таблицу. Внимательно прочитайте все утверждения в группе перед тем, как сделать Ваш окончательный выбор.

Но г р.	Но утвержде ния	Но г р.	Но утвержде ния
1		23	
2		24	
3		25	
4		26	
5		27	
6		28	
7		29	
8		30	
9		31	
10		32	
11		33	
12		34	
13		35	
14		36	
15		37	
16		38	
17		39	
18		40	
19		41	
20		42	
21		43	

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ

Тест разработан с целью выявления депрессивного состояния (главным образом, тоскливой или меланхолической депрессии). Он дает возможность установить тяжесть депрессивного состояния на момент исследования.

Предварительная шкала тяжести депрессии такова:

1—9	депрессия отсутствует, либо незначительна
10—24	депрессия минимальна
25—44	легкая депрессия
45—67	умеренная депрессия
68—87 88 и более	выраженная депрессия глубокая депрессия

Анализ ответов исследуемых позволяет получить также представление о том, насколько выражены не только аффективные проявления депрессии. Тестирование рекомендуется повторять для более четкого определения динамики депрессивного состояния и эффективности лечения.

- 1 0 Мое настроение не более подавлено (печально), чем обычно
 - 1 Пожалуй, оно более подавлено (печально), чем обычно.
 - 2 Да, оно более подавлено (печально), чем обычно
 - 3 Мое настроение намного более подавлено (печально), чем обычно.
- 2 0 Я чувствую, что у меня нет тоскливого (траурного) настроения
 - 1 У меня бывает такое настроение
 - 2 У меня часто бывает такое настроение
 - 3 Такое настроение бывает у меня постоянно
- 3 0 Я не чувствую себя так, будто я остался (лась) без чего-то очень важного для меня
 - 1 У меня бывает такое чувство
 - 2 У меня часто бывает такое чувство
 - 3 Я постоянно чувствую себя так, будто я остался (лась) без чего-то очень важного для меня
- 4 0 У меня не бывает чувства, будто моя жизнь зашла в тупик
 - 1 У меня бывает такое чувство
 - 2 У меня часто бывает такое чувство
 - 3 Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь зашла в тупик.
- 5 0 У меня не бывает чувства, будто я состарился (лась)
 - 1 У меня бывает такое чувство
 - 2 У меня часто бывает такое чувство

- 3Я постоянно чувствую, будто я состарился (лась)
- 6 0У меня не бывает состояний, когда на душе очень тяжело
1У меня бывает такое состояние
2У меня часто бывает такое состояние
3Я постоянно нахожусь в таком состоянии
- 7 0Я чувствую себя не менее спокойно за свое будущее, чем обычно
1Пожалуй, будущее беспокоит меня больше, чем обычно
2Да, будущее беспокоит меня больше, чем обычно
3Будущее беспокоит меня намного больше, чем обычно
- 8 0В своем прошлом я вижу плохого не больше, чем обычно
1Пожалуй, в своем прошлом я вижу плохого больше, чем обычно
2Да, в своем прошлом я вижу плохого больше, чем обычно
3В своем прошлом я вижу намного больше плохого, чем обычно
- 9 0Надежд на лучшее у меня не меньше, чем обычно
1Таких надежд у меня, пожалуй, меньше, чем обычно
2Да, таких надежд у меня меньше, чем обычно
3Надежд на лучшее у меня намного меньше, чем обычно
- 1 0Я боязлив (а) не более обычного
1Пожалуй, я боязлив (а), более обычного
2Да, я боязлив (а) более обычного
3Я боязлив (а) намного более обычного
- И 0Хорошее меня радует, как и прежде
1Я чувствую, что оно радует меня меньше прежнего
2Да, оно радует меня меньше прежнего
3Я чувствую, что оно радует меня намного меньше прежнего
- 1 2 0У меня нет чувства, что моя жизнь бессмысленна
1У меня бывает такое чувство
2У меня часто бывает такое чувство
3Я постоянно чувствую себя так, будто моя жизнь бессмысленна
- 1 3 0Я обидчив (а) не больше, чем обычно
1Пожалуй, я более обидчив (а), чем обычно
2Да, я обидчив (а) больше, чем обычно
3Я обидчив (а) намного больше, чем обычно
- 1 4 0Я получаю удовольствие от приятного, как и раньше
1Пожалуй, я не получаю того удовольствия, что раньше
2Да, я не получаю того удовольствия, что раньше
3Я не получаю теперь удовольствия от приятного
- 1 5 0Обычно я не чувствую вины, если нет на это причины
1Бывает, я чувствую себя так, будто в чем-то я виноват (а)

- 2Я часто чувствую себя так, будто в чем-то я виноват (а)
3Я постоянно чувствую себя так, будто в чем-то я виноват (а)
- 1
6 0Если что-то у меня не так, я виню себя не больше обычного
1Пожалуй, я виню себя за это больше обычного
2Да, я виню себя за это больше обычного
3Если что-то у меня не так, я виню себя намного больше
обычного
- 1
7 0Обычно у меня не бывает ненависти к себе
1Бывает, что я ненавижу себя
2Часто бывает так, что я себя ненавижу
3Я постоянно чувствую, что я ненавижу себя
- 1
8 0У меня не бывает чувства, будто я погряз (ла) в грехах
1У меня бывает теперь это чувство
2У меня часто бывает теперь это чувство
3Это чувство у меня теперь не проходит
- 1
9 0Я виню себя за проступки других не больше обычного
1Пожалуй, я виню себя за них больше обычного
2Да, я виню себя за них больше обычного
3За проступки других я виню себя намного больше обычного
- 2
0 0Состояние, когда все кажется бессмысленным, у меня
обычно не бывает
1У меня бывает теперь такое состояние
2У меня часто бывает теперь такое состояние
3Это состояние у меня теперь не проходит
- 2
1 0Чувства, что я заслужил (а) кару, у меня не бывает
1Теперь у меня бывает
2Оно бывает у меня нередко
3Это чувство у меня теперь не проходит
- 2
2 0Я вижу в себе не меньше хорошего, чем прежде
1Пожалуй, я вижу в себе меньше хорошего, чем прежде
2Да, я вижу в себе меньше хорошего, чем прежде
3Я вижу в себе намного меньше хорошего, чем прежде
- 2
3 0Обычно я думаю, что во мне плохого не больше, чем у
других
1Пожалуй, я так уже не думаю
2Да, теперь я так не думаю
3Теперь я думаю, что плохого во мне намного больше, чем у
других
- 2
4 0Желание умереть у меня бывает не чаще, чем прежде
1Пожалуй, это желание у меня бывает чаще, чем прежде
2Да, это желание у меня бывает чаще, чем прежде

- 3 Это теперь постоянное мое желание
- 2 0 Я плачу не больше, чем обычно
- 5 1 Я плачу больше, чем обычно
- 2 Я плачу намного больше, чем обычно
- 3 Я хочу плакать, но слез у меня уже нет
- 2 0 Я раздражителен (на) не больше обычного
- 6 1 Я раздражителен (на), пожалуй, больше обычного
- 2 Да, я раздражителен (на) больше обычного
- 3 Я раздражителен (на) намного больше обычного
- 2 0 У меня не бывает состояний, когда я не чувствую своих
- 7 эмоций
- 1 У меня бывает такое состояние
- 2 У меня часто бывает такое состояние
- 3 Это состояние у меня теперь не проходит
- 2 0 Моя умственная активность никак не изменилась
- 8 1 Я чувствую теперь какую-то «неясность» в своих мыслях
- 2 Я чувствую теперь, что я сильно «отупел (а)», («в голове мало мыслей»)
- 2 3 Я совсем ни о чем теперь не думаю («голова пустая»)
- 2 0 Я не потерял (а) интерес к другим людям
- 9 1 Я не чувствую прежнего интереса к людям
- 2 Я чувствую, что мой интерес к людям намного уменьшился
- 3 У меня совсем пропал интерес к людям («я никого не хочу видеть»)
- 3 0 Я принимаю решения, как и обычно
- 0 1 Мне труднее принимать решения, чем обычно
- 2 Мне намного труднее принимать решения, чем обычно
- 3 Я уже не могу сам (а) принять никаких решений
- 3 0 Я не менее привлекателен (на), чем обычно
- 1 1 Пожалуй, я менее привлекателен (на), чем обычно
- 2 Да, я менее привлекателен (на), чем обычно
- 3 Я чувствую, что я выгляжу теперь просто безобразно
- 3 0 Я могу работать, как и обычно
- 2 1 Мне труднее работать, чем обычно
- 2 Мне намного труднее работать, чем обычно
- 3 Я совсем не могу теперь работать («все валится из рук»)
- 3 0 Я сплю не хуже, чем обычно
- 3 1 Я сплю хуже, чем обычно
- 2 Я сплю намного хуже, чем обычно
- 3 Теперь я почти совсем не сплю

- 3
4 0Я устаю не больше, чем обычно
1Я устаю больше, чем обычно
2Я устаю намного больше, чем обычно
3У меня уже нет никаких сил что-то делать
- 3
5 0Мой аппетит не хуже обычного
1Мой аппетит не так хорош, как обычно
2Мой аппетит намного хуже, чем обычно
3Аппетита у меня теперь совсем нет
- 3
6 0Мой вес остается неизменным
1Я немного похудел (а) в последнее время
2Я заметно похудел (а) в последнее время
3В последнее время я очень похудел (а)
- 3
7 0Я дорожу своим здоровьем, как и обычно
1Я дорожу своим здоровьем меньше, чем обычно
2Я дорожу своим здоровьем намного меньше, чем обычно
3Я совсем не дорожу теперь своим здоровьем
- 3
8 0Я интересуюсь сексом, как и прежде
1Я меньше интересуюсь сексом, чем прежде
2Я интересуюсь сексом намного меньше, чем прежде
3Я полностью потерял (а) интерес к сексу
- 3
9 0Я не чувствую, что мое «Я» как-то изменилось
1Теперь я чувствую, что мое «Я» изменилось
2Теперь я чувствую, что мое «Я» сильно изменилось
3Мое «Я» так изменилось, что теперь я не узнаю себя сам
(а)
- 4
0 0Я чувствую боль, как и обычно
1Я чувствую боль сильнее, чем обычно
2Я чувствую боль слабее, чем обычно
3Я почти не чувствую теперь боли
- 4
1 0Сухость во рту (сердцебиение, запоры, удушье) у меня
бывают не чаще, чем обычно
1Пожалуй, эти расстройства бывают у меня чаще обычного
2Да, эти расстройства бывают у меня чаще обычного
3Эти расстройства бывают у меня намного чаще обычного
- 4
2 0Утром мое настроение обычно не хуже, чем к ночи
1Пожалуй, утром оно у меня хуже, чем к ночи
2Да, утром оно у меня хуже, чем к ночи
3Утром мое настроение намного хуже, чем к ночи
- 4
3 0У меня не бывает спадов настроения весной (осенью)

- 1Такое однажды со мной было
2Со мной такое было два или три раза
3Со мной было такое много раз
4
4 0Плохое настроение у меня бывает, но это длится недолго
1 Подавленное настроение у меня может длиться по неделе,
до месяца
2Подавленное настроение у меня может длиться месяцами
3 Подавленное настроение у меня может длиться до года и
больше

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Психопатология. Часть II

В.А. Жмуров

Абашев-Константиновский А. Л. Психопатология при опухолях головного мозга. М, 1973. С. 200.

Аккерман В. И. Механизмы шизофренического первичного бреда. Иркутск, 1936. 137 с.

Ануфриев А. К. Скрытые эндогенные депрессии//Журн. невропатологии и психиатрии. 1978, No 6. С. 857—862.

Ануфриев А. К. Кандинского-Клерамбо синдром //БМЭ. М., 1979. Т. 10. С. 249—255.

Ануфриев А. К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами // Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М. 1979. С. 8-14.

Аствацатуров М. И. Труды Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова. 1959. Т. 20. С. 152.

Байбурин А. К., Топорков А. Л У истоков этикета. Л., 1990. 167 с.

Банщиков В. М., Короленко Ц. П. Проблема алкоголизма. Новосибирск, 1973. 112 с.

Басов А. М. К вопросу о клинической самостоятельности сенестопатической шизофрении//Журн. невропатологии и психиатрии, 1980, No 4. С. 586—592.

Бассин Ф. В. Проблема бессознательного, М., 1968. 468 с.

Башина В. М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика). М, 1980. 248 с.

Берне Р Развитие Я-концепции и воспитание / Пер. с англ. М., 1986. 422 с.

Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Берлин, 1920. 538 с.
Блейлер Е. Аутистическое мышление. Одесса. 1927. 81 с.
Блейхер В. М. Клиника приобретенного слабоумия Киев, 1976, 151 с.

Болдырев А. И. Эпилепсия у взрослых. М., 1984. 276 с.

Вертоградова О. П. К проблеме депрессий в общемедицинской практике//Депрессия в амбулаторной и общесоматической практике. М., 1984. С. 12—18.

Воробьев В. Ю. Деперсонализация//БМЭ. М., 1977 Т. 7. С. 326—329.

Вроно М. Ш. Шизофрения у детей и подростков. М., 1971. 128 с.

Вяземский Н. М. Значение местного поражения головного мозга в клинике и патогенезе психических расстройств. М., 1964. 240 с.

Газин Р. Х. О влиянии некоторых фармакологических веществ на галлюцинаторные явления при острых алкогольных психозах (белая горячка и острый алкогольный галлюциноз): Дис. канд. мед. наук. Иркутск, 1958.

Гамалея Н. П. Новости медицины и медицинской техники // Экспресс-информация. 1979, № 5. С. 3—24.

Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика, систематика. М., 1933. 143 с.

Гаркави Н. Л. Труды психиатрической клиники 1-го Моск. мед. ин-та. 1945. Вып. 8. С. 382—390.

Гиляровский В. А. Учение о галлюцинациях. М., 1949. 197 с.

Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1954. 520 с.

Годфруа Ж. Что такое психология. М., 1993. Т. 1. С. 491, Т. 2. С. 371.

Голант Р. Я. О расстройствах памяти. Л.; М., 1935. 133 с.

Гутенева Т. С. Психопатология и динамика сенестопатий при шизофрении//Журн. невропатологии и психиатрии, 1979, № 12. С. 1703—1707.

Гутенева Т. С. Клиника шизофрении с сенестопатическими расстройствами//Журн. невропатологии и психиатрии, 1980,

№ 1. С. 74—78.

Десятников В. Ф., Сорокина Т. Т. Скрытая депрессия в практике врача, Минск, 1981. 240 с.

Дубовский Д. И., Титанов А. С. Сознание // БМЭ. М., 1984. Т. 23. С. 1440—1447.

Жариков Н. М. Эпидемиологические исследования в психиатрии. М., 1977. 168 с.

Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965. 320 с.

Жмуров В. А. Общая психопатология. Иркутск, 1986. 280 с.

Жмуров В. А. Клинико-психопатологическое исследование. Иркутск, 1988. 131 с.

Жмуров В. А., Цилли Е. И., Моняк А. Ф. и др. Клинико-психопатологическая структура фокальных эпилептических припадков // Современные задачи психиатрии и наркологии. Барнаул. 1990. С. 33—34.

Жмуров В. А., Цилли Е. И., Моняк А. Ф. и др. Клинические варианты осложненного опьянения у больных шизофренией, сочетанной с алкоголизмом // Медико-биологические аспекты охраны психического здоровья. Материалы Всесоюзн. конф. Томск, 1990. 73—75 с.

Жмуров В. А., Цилли Е. И., Апрельков Г. Н. Клинико-психологические аспекты депрессии // Эндогенные депрессии (клиника, патогенез). Тез. докл. Иркутск, 1992. С. 33—36.

Завилянский И. Я., Блейхер В. М., Крук И. В. и др. Психиатрический диагноз. Киев, 1989. 311 с.

Завьялов В. Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых // Психологический журн. 1986. № 5. С. 102—111.

Зейгарник Б. В. Патология мышления, М., 1962. 244 с.

Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1986, 252 с.

Зеневич Г. В. Вопросы психиатрии в Большой медицинской энциклопедии // Журн. невропатологии и психиатрии, 1978, № 12. С. 1873-1877.

Иванов-Смоленский А. Г. Основные проблемы патофизиологии

высшей нервной деятельности. М.: Л., 1933. 573 с.

Иванова Ф. И. Синдром «уходов и бродяжничества» в клинике пограничных состояний у подростков // Журн. невропатологии и психиатрии, 1972, № 10. С. 1525—1528.

Иванов Б. Бред и шизофрения. София, 1981. 152 с.

Каган В. Е. Аутизм у детей. Л., 1981. 206 с.

Кандинский В. Х. О псевдогаллюцинациях. СПб 1890 164 с.

Карвасарский Б. Д. Неврозы. М., 1980. 448 с.

Карлов В. А. Эпилепсия. М., 1990. 336 с.

Касаткин В. Н. Теория сновидений. Л., 1967. 351 с.

Кербиков О. В. Острая шизофрения. М., 1949. 177 с.

Кербиков О. В. и др. Психиатрия. М., 1968. 448 с.

Клиническая психиатрия / Под ред. проф. Н. Е. Бачерикова. Киев, 1989. 512 с.

Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Г. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера/. М., 1967. 832 с.

Ковалев В. В. Психиатрия детского возраста. М., 1979. 607 с.

Ковалев В. В. Семиотика и диагностика психических расстройств у детей и подростков. М., 1985. 288 с.

Колесина Н. Ю. Реактивные депрессии у больных малопрогредиентной шизофренией // Журн. неврологии и психиатрии, 1981. № 4. С. 561—567.

Колотилин Г. Ф., Михайлов В. И. Клинико-катамнестическое изучение гашишизма, начавшегося в подростковом возрасте//Алкоголизм и неалкогольные токсикомании. М., 1981. С. 38—41.

Кондратенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. Минск, 1988. 206 с.

Коркина М. В. Дисморфомания в детском и юношеском возрасте. М., 1984. 224 с.

Коркина М. В., Ц и в и л ь к о М. А., М а р и л о в В. В. Нервная

анорексия. М., 1986. 176 с.

Коркина М. В. Дисморфофобия//БМЭ. М., 1977. Т. 7. С. 1027—1029.

Короленко Ц. П., Фролова В. Г. Чудо воображения. Новосибирск, 1975. 209 с.

Короленко Ц. П. Психофизиология человека в экстремальных условиях. Л. 1978. 271 с.

Короленко Ц. П., Колпаков В. Г.//Журн. невропатологии и психиатрии, 1977, No 5. С. 765—766

Короленок В. Х. Обманы ориентации в пространстве // Проблема общей психопатологии. Иркутск, 1945. С. 21—32.

Короленко Ц. П., Донских Т. А. Семь путей к катастрофе. Новосибирск. 1990. 224 с.

Корсаков С. С. Расстройство психической деятельности при алкогольном параличе. СПб., 1887. 462 с.

Корнетов Н. А. О типологии инициальных проявлений моно- и биполярных аффективных расстройств//Эндогенная депрессия. Тез. докл. Иркутск, 1993. С. 50—53.

Краснов В. Н. Болезненная психическая анестезия в структуре депрессий//Журн. невропатологии и психиатрии. 1978, No 12. С. 1835—1840.

Краснов В. Н. О начальных проявлениях рецидивов циркулярных депрессий // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. М, 1984. С. 103—111.

Крафт-Эбинг Р. Учебник психиатрии / Пер. с нем. СПб, 1881. 827 с.

Кречмер Э. Медицинская психология / Пер. с нем. М., 1927. 349 с.

Краткий психологический словарь. М., 1985. 431 с.

Критчли М. Афазиология / Пер. с англ. М., 1979. 232 с

Лакосина Н. Д. Роль продуктивных и негативных симптомов в структуре психогенных заболеваний // Пятый Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. М., 1985. Т. I. С. 227— 228

Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. М., 1984.

272 с.

Лакосина Н. Д. Клинические варианты невротического развития. М., 1970. 222 с.

Липкин А. И. и др. Мышление//БМЭ. 1М., 1981. Т. 16. С. 145—153.

Личко А. Е. Подростковая психиатрия. Л., 1979. 335 с.

Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983. 256 с.

Лукомский И. И. Маниакально-депрессивный психоз. М., 1968. 160 с.

Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека. М., 1962. 504 с.

Лурия А. Р. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1977. 112 с.

Макаров В. В. Развитие алкоголизма у подростков: Автореф. дис. канд. мед. наук, Новосибирск, 18 с.

Массен П., Конджер Дж., Коган Дж. и др. Развитие личности ребенка/Пер. с англ. М., 1987. 272 с.

Меграбян А. А. Деперсонализация. Ереван, 1962. 355 с.

Меграбян А. А. Общая психопатология. М, 1972. 288 с.

Менделевич Д. В. Структурно-динамический анализ вербального галлюциноза при органических психозах: Автореф. Дис. д-ра мед. наук. М., 1982. 24 с.

Менделевич Д. М. Вербальный галлюциноз. Казань, 1980. 246 с.

Морозов Г. В., Боголепов Н. Н Морфинизм. М., 1984. 176 с.

Морозов В. М., Наджаров Р. А. Журн. невропатологии и психиатрия. 1956, No 12. С. 937—941.

Морозов В М. Дерезализация // БМЭ. М., 1977. Т. 7. С. 362—364.

Москаленко А. Т., Сержантов В. Ф. Смысл жизни и личность. Новосибирск, 1989, 205 с.

Наку А. Г. Аментивный синдром. Кишенев, 1970. 212 с.

Озерецкий Н. И. Психопатология детского возраста Учпедгиз,

1938. 328 с.

Озерецковский Д. С. Навязчивые состояния М 1950 168 с.

Пападопулос Т. Ф. Острые эндогенные психозы. М., 1975 192 с.

Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. М.; Л., 1932. 412 с.

Пивень Б. Н. Депрессивные состояния экзогенно-органической этиологии // Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. М., 1984. С. 39—42.

Пивень Б. Н. Экзогенно-органические депрессии // Эндогенная депрессия. Тез. докл. Иркутск, 1992. С. 129—130.

Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974. 168 с.

Поляков Ю. Ф., Мелешко Т. К., Тивак В. А. и др. О связи особенностей мыслительной деятельности с типологическими характеристиками личности (на материале исследования больных шизофренией и их родственников)//Журн. невропатологии и психиатрии. 1977, № 12. С. 1838—1842.

Попов Е. А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. Харьков, 1941. 270 с.

Психология личности. Тексты. М., 1982. 288 с.

Равкин И. Г. Об одном особом виде тактильно-кинестетических галлюцинаций//Журн. невропатологии и психиатрии, 1940, № 9. С. 14—25.

Роговин М. С. Проблемы теории памяти. М., 1977. 181 с.

Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. М., 1946. 704 с.

Рыбальский М. И. Иллюзии и галлюцинации. Баку, 1983. 304 с.

Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. М., 1983. Т. 1. 480 с. Т. 2. 544 с.

Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. М., 1977. 400 с.

Саарма Ю. М., Мехелане Л. С. Психиатрическая симптоматология. Тарту, 1980. 80 с.

Семке В. Я. Истерические состояния. М., 1988. 224 с.

Сараджишвили П. М., Геладзе Т. Ш. Эпилепсия. М., 1977. 304 с.

Словарь психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов. Всемирная организация здравоохранения. Женева, 1991. Том I. 80 с.

Старович Збигнев. Судебная сексология М., 1991. 336 с.

Смулевич А. Б. Бред//БМЭ. М., Т. 3. С. 1107—1118.

Снежневский А. В. Поздние симптоматические психозы. Тр. / Ин-т им. П. Б. Ганушкина. М., 1940. Т: 5. С: 156—275.

Снежневский А. В. О нозологической специфичности психопатологических синдромов // Журн. невропатологии и психиатрии. 1960, No 1. С. 91—96.

Снежневский А. В. Общая психопатология. Валдай. 1970. 188 с.

Соцевич Г. Н. Ипохондрические проявления при стертых формах эндогенно-психических заболеваний // Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М., 1979. С. 110—115.

Сpirкин А. Г. Сознание и самосознание. М., 1972. 303 с.

Справочник по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. М., 1985. 416 с.

Сумбаев И. С. Основные типы ориентации и их расстройства // Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1945. С. 10—21.

Сумбаев И. С. О психопатологии и генезисе феномена *jamais vu*//Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1945. С. 84—96.

Сумбаев И. С. К вопросу о психопатологии и механизме *deja vu*//Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1945. С. 97—110.

Сумбаев И. С. Основные типы патологического мышления // Вопросы клинической психиатрии. Иркутск, 1948. С. 69—88.

Сумбаев И. С. К психопатологии и клинике деперсонализации // Вопросы клинической психиатрии. Иркутск, 1948. С. 75—85.

Сумбаев И. С. О клиническом значении болезненных предчувствий и ожиданий // Проблемы общей психопатологии. Иркутск, 1958. С. 13—22.

Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. М.,

1974. 320 с.

Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. М., 1955. Т. 1; 1959. Т. 2, 1965. Т. 3:

Тиганов А. С. Симптоматические психозы // БМЭ. М., 1984. Т. 23. С. 747—751.

Тиганов А. С. Фебрильная шизофрения, М., 1982. 128 с.

Тиганов А. С. Маниакальные синдромы//БМЭ М., 1980 Т. 13. С. 1210-1213.

Усов М. Г., Варцаба Н. И., Стаценко А. Н. Клиника, терапия и прогноз депрессий при шизофрении у подростков // Эндогенная депрессия. Тез. докл. Иркутск, 1992. С. 97—99.

Ушаков Г. К. Семиология галлюциноидов и систематика галлюцинаций.— Журн., невропатологии и психиатрии, 1969. No 7. С. 1051.

Ушаков Г. К. Детская психиатрия. М., 1973. 392 с.

Ушаков Г. К. Галлюцинации//БМЭ М., 1976. С. 4. С. 1651—1669.

Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978. 400 с.

Фасмер М. Этимологический словарь русского языка. М., 1986. Т. 2. С. 220.

Франкл В. Человек в поисках смысла //Пер. с англ. и нем. М., 1990. 368 с.

Фрезер Д. Д. Золотая ветвь. М., 1986. 703 с.

Фрумкин Я. П. Психиатрическая терминология. Киев, 1939. 131 с.

Фрумкин Я. П. Краткая дифференциальная диагностика некоторых психических заболеваний. Киев, 1960. 198 с.

Халецкий А. М. О контрастных формах синдрома психического автоматизма. М., 1969. С. 47—67.

Хохлов Л. К. О патоморфозе психических заболеваний // Журн. невропатологии и психиатрии, 1977, No 1. С. 67—72.

Ходос Х. Г. Нервные болезни. М., 1974. 511 с.

Цилли Е. И., Жмуров В. А., Апрельков Г. Н. и др. К вопросу о классификации депрессивных состояний // Эндогенные депрессии. Тез. докл. Иркутск, 1992. С. 100—102.

Шаманина В. М. К типологии депрессий при эндогенных психозах//Журн. невропатологии и психиатрии. 1978, No 3. С. 389— 397.

Шаманина В. М. Депрессивные синдромы//БМЭ. М., 1977. Т. 7. С. 331—342.

Шмарьян А. С. Мозговая патология и психиатрия. М., 1949. 351 с.

Штернберг Э. Я. Клиника деменций пресенильного возраста. М, 1967. 247 с.

Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977. 216 с.

Штернберг Э. Я, Пятницкий А. И., Концевой В. А. О так называемом бреде малого размаха//Журн. невропатологии и психиатрии. 1979. No 4. С. 433—437.

Шуйский Н. Г. Психоорганический синдром // БМЭ. М., Т. 21. С. 993—998.

Шуйский Н. Г. Сенестопатии//БМЭ. М., 1984. Т. 23 С. 304—306,

Эглитис И. Е. Сенестопатии. Рига, 1977. 182 с.

Ярощевский М. Г. История психологии. М., 1976. 463 с.

Beringer K. Z. ges Neurol. Psychiat., 1934, Bd. 176, s. 10—30.

Berner P. Psychiatrische Systematik. *Em Lehrbuch*. Unter Mitarbeit von K Kryspin-Exner. Verlag Hans Hu-ber. Bern-Stuttgart-Wien, 1977, s. 395.

Birnbaum K. Z. ges Neurol. Psychiat., 1915, Bd. 29. 305 s.

Bonhoeffer K. Allg. Z. Psychiat., 1904, Bd. 61, s. 744— 752.

Bonhoeffer K. Arch. Psychiat., Nerverikr., 1917, Bd. 58, s. 58—71.

Bowlby I. A. Separation anxiety//Intern. I. Psycho-anal. 1960. Vol. 41. P. 89—113.

Broen W. E., Storms L. N. Psychol Rev., 1966, vol. 73. p. 265—279.

Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. 4 unveran-derte Auflage.

Stuttgart. Georg Thieme, 1979. 165 s.

Dupre E., Camus P. Dupre et Logre. Encéphale, 1907, vol 2, p. 616—631. Encéphale, 1911, vol 11, p. 210—232, 337—350, 430—450.,

Frank G. Amnestische Episoden. Berlin — Heidelberg—New-York, Springer Verlag, 1981. 122 s.

Gebattel V. E. Nervenarzt. 1937. Bd. 10, s. 169—178.

Glatzel I. Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie Klinik und Therapie Zyklischer Verstimmungen. G. Thieme Verlag, Stuttgart, 1973. 205 s.

Gallup G. Self-recognition in primates//American Psychologist. 1977. Vol. 32. P. 329—338.

Goodwin D. Alcoholism: the facts. N. Y., Toronto, 1981, 129 p.

Hole G. Der Glaube bei Depression. F. Enke Verlag Stuttgart, 1977. 237 s.

Huber G. Indizieren für die Somatosen-hypothese bei den Schizophrenien. Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete. Morz 1976, Heft 3, s. 77—94.

Huges J. et al. Nature, 1975, vol 258, p. 577—579.

Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1923, 458 s.

Janet P. Ann. med. — psychol., 1927, vol 85, т. 2, p. 275— 277.

Kielholz P. Фармакотерапия при депрессивном синдроме.— В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва — Базель, 1970, с. 117—128.

Kindt H. Katatonie. Ein Modell psychischer Kindheit. F. Erike Verlag, Stuttgart, 1980. 155 s.

Klages W. Arch. Psychiat Nervenkr. 1954, Bd. 191, s. 365—383.

Kraepelin E., Lange J. Psychiatrie, Leipzig, 1927, Bd. 1.

Lange J. Zirkulärer manisch-depressives Irrsein. Allgemeiner und klinischer Teil. Zirkul, Irrsein. Leipzig, 1942, s. 1—82.

Lenz H. Nervenarzt, 1965, Bd. 36, s. 343—346.

Leonhard K- Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin. 1968, 287 s.

Lopes-Ibor J. S. Depressive equivalents (Masked depression). Bern, Stuttgart, Vienna, 1973, p. 97—113.

Maslov A. Motivation and Personality. N. Y., 1954, 382 p.

Meynert Th. Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien, 1890, s. 92.

Müller Chr. Nervenarzt, 1953, Bd. 24, s. 112—115. Neisser Cl. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1888, Bd., No 19, s. 491—501.

Petrowitsch N. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1956, Bd. 194, s. 289—301.

Petrowitsch N., Baer R. Fortschr. Neurol. Psychiat., 1967, Bd. 35, s. 558—606.

Petrowitsch N. Синдром недостаточности при фармакотерапии депрессивных состояний.— В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва — Базель, 1970, с. 97—100.

Peters U. Н. Параноидная депрессия.— В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва — Базель, с. 97—100.

Rumke H. C. Folia psychiat. (Amst.), 1952, vol 55, p. 203—232.

Sattes H. Paranoische Symptomatik bei der endogenen Depression. — In: Das depressive Syndrom. Hrsg. von H. Hippins und H. Seibach, Urban Schwarzenberg, München — Berlin — Wien, 1969, 473 p.

Shachov D. Arch. gen. Psychiat., 1962, vol 6, p. 1—17.

Schäfer A. Allg. Z. Psychiat., 1880, Bd. 36, s. 214—278.

Schneider K. Klinische Psychopathologie. Stuttgart: Georg Thime Verlag, 1976. 290 s.

Schulte W. Nervenarzt, 1961, Bd. 32, s. 314—320.

Spranger E. Lebensformen. Halle, 1922. P. 403.

Sfein L., Wise C. D. Science, 1971, vol 171, p. 1032.

Sfein L. J. Psychiat. Res., 1971, vol 8, p. 345.

Stüring E. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1933, Bd. 98, s. 465—545.

Tashev T. Fortschr. Neurol. Psychiat, 1970, Bd. 38, s. 89—110.

Wernicke C. Ueber fixe Ideen. Dtsch. med. Wschr., 1892, 25, s. 581.

Wieck H. H. Zur Klinik der sogenannten symptomatischen
Dtschmed. Wschr., 1956, s. 1345.

Wieck H., Stacker F. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1964, Bd. 205, s.
479—512.

Verebey K et al. Arch. gen. Psychiat., 1979, vol 35, p. 877—888